Check for updates

Implementación del Modelo Islandés para la Prevención del Uso del Sustancias en Adolescentes

Alfgeir L. Kristjansson, PhD[1,2]
Michael J. Mann, PhD[3]
Jon Sigfusson, MEd[2]
Ingibjorg E. Thorisdottir, MPH[2]
John P. Allegrante, PhD[4]
Inga Dora Sigfusdottir, PhD[2]

Esta es la segunda de una serie de dos partes de artículos sobre el Modelo Islandés de Prevención Primaria del Uso de Sustancias (MIP) en Health Promotion Practice. El MIP es una estrategia comunitaria colaborativa que ha demostrado notable efectividad en reducir el inicio del uso de sustancias entres jóvenes de Islandia en los últimos 20 años. Mientras el primer artículo se enfocó en el contexto de fondo, orientación teórica, evaluación y evidencia de su efectividad, y los cinco principios guías del modelo, este segundo artículo describe los 10 pasos centrales en la implementación práctica. Los pasos 1 a 3 se enfocan en cómo construir y mantener la capacidad comunitaria para la implementación del modelo. Los pasos 4 a 6 se enfocan en cómo implementar un sistema riguroso de recolección de datos, como procesarlos, la diseminación de los datos y la traducción de los hallazgos. Los pasos 7 a 9 están diseñados para enfocar la atención de la comunidad y para maximizar el compromiso comunitario en crear y mantener un medioambiente social en el cual la gente joven progresivamente se hace menos proclive a consumir sustancias, e incluye ejemplos ilustrativos de Islandia. Y el paso 10 se enfoca en la naturaleza iterativa, repetitiva y de largo plazo del MIP y describe un amplio y predecible arco de oportunidades y desafíos relacionados con la implementación. Este artículo concluye con una breve discusión sobre las potenciales variaciones en los factores comunitarios para la implementación.

Health Promotion Practice
Month XXXX Vol. XX, No. (X) 1–12
DOI: 10.1177/1524839919899086
Article reuse guidelines: sagepub.com/journals-permissions



© 2020 The Author(s)

Palabras clave: *Modelo Islandés adolescencia; implementación; evidencia basada-en-la-práctica; prevención; uso de substancias; drogas*

INTRODUCCIÓN

Este artículo es la segunda parte de una serie-de-dos-partes (ver Kristjansson et al., 2020 para la parte 1) que documenta el Modelo Islandés para la Prevención Primaria del Uso de Substancias. En el primer artículo, describimos el contexto, orientación teórica, y cinco principios guía que son la base del Modelo Islandés de Prevención (MIP) en sus estrategias para prevenir el uso de sustancias en adolescentes, y resume la evidencia de

[1]*School of Public Health, West Virginia University, Morgantown, WV, USA*
[2]*Reykjavik University, Reykjavik, Iceland*
[3]*Boise State University, Boise, ID, USA*
[4]*Columbia University, New York, NY, USA*

Nota de los autores: *Este artículo es una traducción de la publicación original en inglés: Implementing the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use (2020), Health Promotion Practice, Vol. 21, No. (1), 70-79, https://doi.org/10.1177/1524839919849033. Esta versión en español fue traducida por Dr. Humberto Soriano Brücher; Profesor Asociado de Pediatría; Universidad Católica, Santiago, Chile. Dirija la correspondencia a Alfgeir L. Kristjansson, Department of Social and Behavioral Sciences, School of Public Health, West Virginia University, Morgantown, WV 26505, USA; e-mail: alkristjansson@hsc.wvu.edu.*

su efectividad. En este artículo describimos los 10 pasos centrales en la implementación efectiva y basada-en-la-práctica del modelo.

LOS 10 PASOS CENTRALES DEL MODELO ISLANDÉS DE PREVENCIÓN

Fuertemente basado en los cinco principios guía, descritos en el artículo previo, el MIP se implementa usando los 10 pasos centrales (ver Tabla 1). Aunque pueden haber algunas variaciones en como las diferentes comunidades implementan cada paso, el completar cada paso es esencial para comprometer y entusiasmar los esfuerzos comunitarios para prevenir el uso de sustancias entres su gente joven. Los Pasos 1 a 3 se enfocan en cómo construir y mantener la capacidad comunitaria para la implementación del modelo. En ocasiones algunas comunidades pueden ya tener demostrada parte de las capacidades para implementar la prevención primaria del uso de sustancias, mientras que otras comunidades puede que no las tengan todavía.

Los Pasos 4 a 9 se enfocan en implementar un proceso diseñado para enfocar la atención comunitaria y a maximizar el compromiso comunitario en crear y mantener un medioambiente social en el cual la gente joven progresivamente se hace menos proclive a consumir sustancias. Finalmente, el Paso 10 se enfoca en la naturaleza iterativa, repetitiva y de largo plazo del MIP y describe un amplio y predecible arco de oportunidades y desafíos relacionados con la implementación.

Paso 1: Identificación de Coaliciones Locales, Desarrollo, y Construir Capacidad

La implementación exitosa del MIP requiere que una coalición local o equipo asuma la responsabilidad primaria de la implementación. Esto es debido a que el MIP enfatiza que los cambios en factores de riesgo y factores protectores ocurran a nivel local. Las coaliciones locales exitosas incluyen cuatro características principales: 1.- Primero, que se mantenga una propiedad local y orientación desde las bases en todo su trabajo. Aunque algunas coaliciones locales a menudo consultan y se benefician de la experiencia única de profesionales externos, las decisiones debiesen tomarse a nivel local con un alto grado de pertenencia. 2.- Segundo, las coaliciones exitosas consisten en una combinación de miembros claves en una comunidad y un juego específico de profesionales que cumplen roles clave. Por ejemplo, las coaliciones de alto rendimiento frecuentemente incluyen a los superintendentes de los colegios, rectores y profesores; padres y otros cuidadores de jóvenes; profesionales del cuidado en la comunidad (ej. salud pública, profesionales de la salud y médicos, salud mental, deportes, recreación, comunidades de fe, policía, etc.); las autoridades electas; e investigadores y cientistas sociales capaces de trabajar en forma práctica y comprometida con la comunidad. 3.- Tercero, las coaliciones exitosas a menudo incluyen campeones locales, que son miembros respetados de la comunidad y que son capaces de movilizar a la comunidad e influenciar la acción. Estos individuos pueden atraer a un amplio rango de miembros de la comunidad al proceso y ayudar contar con el apoyo de apoyo de tomadores de decisión y financistas. Quizás lo más importante, es que los campeones locales deben ser constructores de consenso capaces de ayudar a los miembros de la comunidad y a los líderes a encontrar prioridades comunes sobre las cuales puedan actuar en conjunto. 4.- Finalmente, las coaliciones más exitosas encuentran una manera de financiar al menos a una persona con paga y tiempo dedicado para construir y mantener la capacidad de la coalición para facilitar las actividades de la coalición y para coordinar y conducir la implementación de la prevención primaria. Este financiamiento no tiene que ser nuevo; a menudo se pueden reasignar fondos ya existentes para este propósito.

Paso 2: Identificación de Financiamientos Locales, Desarrollo, y Construir Capacidad

El MIP enfatiza intencionalmente que los contratos a largo plazo, *grants* y colaboraciones sean a largo plazo. Igualmente, enfatiza la reorganización permanente de las infraestructuras institucionales y organizacionales existentes. Uno de los aspectos más importantes de "emparejar la magnitud de la solución con la magnitud del problema" (Principio Guía 5 en Kristjansson et al., 2020) consiste en equilibrar el esfuerzo de financiamiento para la prevención del uso de sustancias con la enorme magnitud del problema. El cambiar el medio ambiente social toma tiempo. Como resultado, los financiamientos de corto plazo siempre serán un medio insuficiente de iniciar y mantener los cambios culturales y de comunidad necesarios para prevenir el futuro consumo de sustancias especialmente en las áreas que ya están perjudicadas por una alta prevalencia de uso.

Por lo tanto, el MIP alienta el establecer y distribuir los fondos en períodos mínimos de 5 años. Este cambio en la estrategia de financiamiento no necesariamente requiere un aumento en la cantidad total de recursos. En el tiempo, como la mayoría de las verdaderas estrategias de prevención primaria, el modelo promete ser una manera extremadamente efectiva y barata de reducir los costos totales, sociales y financieros, asociados al abuso de sustancias. Sin embargo, el crear estos beneficios a largo plazo requiere de inversiones iniciales en esfuerzos

TABLA 1
Resumen de los 10 Pasos Centrales del Modelo Islandés de Prevención

Capacidad de Construir Comunidades			*Implementación de los Procesos Centrales*						*Repetición*
Paso 1 (Identificación de Coaliciones Locales, Desarrollo, y Construir Capacidad)	*Paso 2 (Identificación de Financiamientos Locales, Desarrollo, y Construir Capacidad)*	*Paso 3 (Planificación para la Pre-Recolección-de-Datos y Compromiso Comunitario)*	*Paso 4 (Recolección y Procesamiento de Datos, Incluyendo los Diagnósticos Guiados por los Datos)*	*Paso 5 (Aumentar el Compromiso y Participación Comunitaria)*	*Paso 6 (Diseminación de los Hallazgos)*	*Paso 7 (Definición de Metas Comunitarias y Otras Respuestas Coordinadas a los Hallazgos)*	*Paso 8 (Alineamiento de las Estrategias Políticas y Práctica)*	*Paso 9 (Inmersión de Niños, Niñas, y Adolescentes en un Medioambiente, Mensajes y Actividades de Prevención Primaria)*	*Paso 10 (Repetir los Pasos 1 a 9 Anualmente)*
Identificar o desarrollar una coalición local de prevención, que incluya a los superintendentes, rectores y directores de los colegios, profesores, padres y otros cuidadores, profesionales del cuidado en la comunidad (salud pública, de la salud y médicos, salud mental, centros de recreación, centros religiosos, policía local, etc.), autoridades elegidas, y otros líderes comunales. Desarrollar un equipo de trabajo colectivo y desarrollar la capacidad de lograr metas de reducción o eliminación del uso de sustancias. Identificar recursos existentes o nuevos para incluir al menos un profesional dedicado a apoyar las actividades de la coalición.	Identificar recursos existentes o nuevos. Reorganizar el presupuesto de financiamiento para incorporar ciclos-largos de financiamiento (de 5 o más años) y realizar contratos o cambios estructurales en el presupuesto para asegurar financiamiento continuo.	Realizar reuniones comunitarias y en los colegios diseñadas a preparar a la comunidad para participar. Describir el Modelo de Prevención Islandés y los procedimientos de recolección de datos, especialmente los métodos para proteger a los estudiantes y asegurarse que la recolección de datos es significativa. Responder las preguntas de la comunidad cada año, antes del inicio de la recolección de datos.	Distribuir las cartas de introducción/ consentimientos informados Preparar la versión final de las encuestas. Imprimir las encuestas (si hechas en papel y lápiz) y/o prepararlas para la distribución en línea. Recolectar los datos de los estudiantes, facilitado primariamente por un líder escolar incentivado, un profesor, o un staff del colegio. Recolectar las encuestas impresas. Escanear las encuestas impresas. Limpiar y unir los datos. Se complete el análisis descriptivo de los datos. Se completa el análisis diagnóstico de los datos.	Anunciar reuniones comunitarias usando múltiples canales. Extender las invitaciones desde “campeones” locales de las coaliciones hasta interesados (stakeholders) clave de la comunidad. Reducir las barreras a la participación comunal cuanto sea necesario. Por ejemplo, dando sala cuna/cuidado de niños, dando asistencia para el transporte, y comida según sea apropiado.	Se preparan los reportes. Se imprimen los reportes y se diseminan a todos los involucrados usando varios canales de medios y comunicación. Los reportes enfatizan lenguaje amistoso-al-usuario, libre de tecnicismos, y gráficos y tablas fáciles de interpretar. Se anuncian y conducen presentaciones a la comunidad. Las presentaciones a la comunidad enfatizan lenguaje amistoso-al-usuario, libre de tecnicismos, y gráficos y tablas fáciles de interpretar. Los reportes y presentaciones no tienen información de la identidad de los individuos y son de propiedad confidencial de la comunidad local en análisis.	Las coaliciones locales guían a la comunidad en las actividades que fijan las metas. Fijar 3 a 4 metas específicas relacionadas a factores de riesgo y protectores relevantes para la comunidad. Planificar estrategias y acciones basadas en las metas seleccionadas. Comunicar metas seleccionadas por la comunidad y estrategias a los padres y otros cuidadores de jóvenes en toda la comunidad usando múltiples canales de comunicación.	Identificar maneras de alinear políticas locales y prácticas educacionales/ profesionales con las metas seleccionadas por la comunidad/ coalición. Ejemplos incluyen planes para mejorar los colegios y otros planes estratégicos de la comunidad. Identificar y buscar los cambios necesarios a las actuales políticas actuales y prácticas educacionales/ profesionales. Comunicar las estrategias y metas seleccionadas por la comunidad, y las puestas al día de prácticas y políticas públicas a profesionales locales no miembros de la coalición usando múltiples canales de comunicación.	Los niños, niñas y adolescentes que están recibiendo el “tratamiento” de pasar tiempo en un medioambiente social mejorado, se asocian a reducción en el inicio de uso de sustancias.	Evaluar oportunidades de mejorar las capacidades y la comunicación en Pasos 1 al 3. Repetir los Pasos 4 al 9.

diseñados para cambiar el medioambiente local sean sostenidos por suficiente tiempo para hacerlo. En muchas comunidades, esto requiere de iniciar cambios a nivel sistémico que incluyan el considerar redistribuir recursos financieros existentes.

Paso 3: Planificación para la Pre-Recolección-de-Datos y Compromiso Comunitario

Las actividades en esta paso tienen el objetivo de extender el apoyo desde la coalición local a la comunidad misma. Para hacerlo, la coalición local trabaja para aumentar la conciencia sobre las metas comunitarias relativas al uso de sustancias y al modelo como una estructura de intervención que persigue reducir la tasa de inicio de abuso de sustancias en los jóvenes.

El establecer una conciencia comunitaria y apoyo al modelo son esenciales por varias razones. 1.- Primero, la estrategia de intervención del MIP es implementada primariamente a través de los esfuerzos rutinarios, día a día, de adultos locales y apoyado por los esfuerzos de profesionales locales comprometidos. El compromiso temprano y sentido de propiedad del proceso representan una forma de maximizar la participación comunitaria. 2.- Segundo, hacer que los miembros de la comunidad estén conscientes de los procedimiento de recolección de datos - explicando cómo el equipo se asegura que la recolección sea segura para los estudiantes y que éstos provean respuestas honestas- y respondiendo a las preocupaciones de la comunidad y preguntas, antes que la recolección de datos comience, ayuda a asegurar la confianza de la comunidad en la integridad de la investigación y a lograr altas tasas de participación estudiantil. Es crítico obtener altos niveles de participación estudiantil. El obtener una tasa de respuesta de un 80% o más alta en cada colegio facilita el diagnóstico preciso y elimina las suspicacias de individuos locales sobre la representatividad de los datos respecto de un colegio o comunidad. 3.- Tercero, el tomar decisiones basadas en datos de alta calidad es central al MIP. Por lo tanto, asegurar la recolección de datos de alta calidad maximiza la utilidad, basada en la práctica, de los datos y el subsecuente diagnóstico dirigido por los datos. La confianza en los datos aumenta la probabilidad que ellos serán usados por la coalición y la comunidad en futuros pasos en la implementación del modelo.

Paso 4: Recolección y Procesamiento de Datos, Incluyendo los Diagnósticos Guiados por los Datos

Anualmente o bianualmente, los datos se recolectan de cada colegio individual y se usan para: (a) monitorear las tasas de uso de sustancias en el tiempo, (b) identificar localmente los factores de riesgo y protectores relevantes que contribuyen a las tasas de usos de sustancias y (c) tomar decisiones estratégicas y a la medida de cada colegio específico y al área que representa.

El IMP requiere de una recolección de datos de basada en poblaciones en cada colegio y no se puede basar en muestras asignadas aleatoriamente o equivalentes. Esto implica que los equipos recolectores de datos deben intentar recoger los antecedentes de todos los estudiantes en cada colegio. En la mayoría de los casos, debido a que el modelo es prioritariamente una actividad de intervención diseñada para cambios ambientales, en vez de una actividad de investigación, y es conducida sin identificar individuos, el consentimiento parental no ha sido requerido por comités éticos de revisión institucional de universidades participantes ni por agencias de gubernamentales. Adicionalmente, a las actividades de información del proceso, descritas en el Paso 3, se envían cartas de notificación parental a todos los padres con instrucciones de qué hacer si desean que su hijo no participe en la encuesta. A través de los esfuerzos combinados en el Paso 3 y la orientación de "optar fuera" de las cartas de notificación parental, rutinariamente se logran tasas de respuestas de sobre el 80%.

LA encuesta del MIP incluye medidas sobre la incidencia y prevalencia del uso de sustancias es la comunidad escolar y preguntas relativas a los factores de riesgo y protección presentes en el ambiente social más amplio, que incluyen factores de riesgo y protectores bien establecidos en los cuatro principales dominios de intervención del modelo: (a) padres y familias, (b) colegios, (c) grupos de pares, (d) tiempo libre fuer del colegio.

Los datos del MIP son analizados con la meta de entregar a cada comunidad escolar una información diagnostica que describe los factores esenciales en su ambiente. El análisis MIP comienza describiendo tasas de usos se sustancias y tendencias de usos en el tiempo. Pero el impulso principal del análisis de datos del MIP es determinar la importancia relativa de varios factores de riesgo y protectores en el uso adolescente de sustancias en cada comunidad escolar, en particular, de esa forma se busca asegurar que las coaliciones locales y otros miembros de la comunidad puedan identificar objetivos promisorios de intervención específica para los jóvenes en sus localidades.

Finalmente, todos los datos se recolectan a través de los colegios de cada localidad. La mayoría de los colegios ya tienen una pesada carga de actividad y tienen pocos recursos, por lo tanto, es esencial preparar cuidadosamente a los colegios para la recolección de datos de manera de minimizar la intrusión del personal de los colegios y para proteger al personal de los colegios de las consecuencias asociadas a resultados decepcionantes en los hallazgos de

las encuestas. Aunque los colegios son centrales para el MIP, no son los responsables primarios de las tasas de usos de sustancias de los estudiantes en ninguna comunidad. El tomar pasos para asegurar que toda la comunidad afronte en forma equitativa la responsabilidad del uso de sustancias entre los estudiantes ayuda a mantener a los colegios comprometidos con la recolección de datos, actividad central del MIP. Para información más detallada de la recolección de datos del MIP, ver Kristjansson, Sigfusson, Sigfusdottir y Allegrante (2013) para una previamente publicada descripción paso por paso de la descripción de la recolección de datos y los procedimientos preparatorios.

Paso 5: Aumentar el Compromiso y Participación Comunitaria

A pesar que los miembros de la coalición y los públicos de interés (*stakeholders*) son críticos para el éxito del MIP, los padres, cuidadores, otros profesionales y miembros de la comunidad juegan también un rol muy importante. El cambiar el medio ambiente social requiere la participación colaborativa de un amplio rango de miembros de la comunidad. Por lo tanto, la implementación efectiva de estrategias de prevención (ver Pasos 7-9) requiere un diseño comunicacional que maximice la participación comunitaria y compromiso en todos los aspectos del método. Aunque las estrategias específicas seleccionadas dependen de las normas de la comunidad es esencial usar estrategias de marketing y comunicación adecuadas para aumentar la conciencia de la comunidad y el compromiso de los esfuerzos que se describirán en el Paso 6. Esto se logra, por ejemplo entusiasmando a miembros de la comunidad a acceder a reportes de diseminación, a asistir a presentaciones en la comunidad y reuniones para establecer metas y a participar en actividades orientadas a la prevención. Adicionalmente, es crítico considerar y enfrentar barreras adicionales a la participación en actividades futuras y considerar proveer comida, cuidado de niños y asistencia con el transporte a las reuniones comunitarias, según sea necesario. El anunciar las reuniones con anticipación, la comunicación abierta, la participación sin barreras, especialmente en el contexto de las normas sociales de la comunidad que dice que la prevención de uso de sustancias en jóvenes es importante, aumenta el compromiso de la comunidad en seguir los Pasos del MIP.

Paso 6: Diseminación de los Hallazgos

Dentro de 2 a 3 meses luego de cada recolección de datos, el equipo de investigadores prepara un informe detallado sobre los factores de riesgo y protectores y sobre el uso de sustancias que se publicita ampliamente en cada comunidad y colegio. Los que reciben el informe incluyen los grupos de padres, la facultad y empleados de los colegios, y otros profesionales relevantes en cada colegio-comunidad; unidades administrativas como municipalidad o región, o representantes políticos; y autoridades electas. El modelo prioriza la entrega de los resultados de los datos en forma rápida para garantizar su uso en tiempo real en la toma de decisiones. Todos los reportes usan lenguaje accesible, no técnico, y presentan los datos en gráficos de barra o línea fáciles de entender. La meta es que todos los reportes del modelo sean legibles y entendibles fácil por la mayoría de la gente de la comunidad.

Cada informe presenta resultados del análisis de datos y estrategias diagnósticas delineadas el Paso 4 arriba e incluye (a) tasas descriptivas de uso actual de sustancias y tendencias en el tiempo y (b) identifica niveles de factores protectores y de riesgo de relevancia local y su relación con el uso de sustancias en la comunidad. Típicamente, los gráficos incluyen una comparación entre cada colegio-comunidad con otros colegios y comunidades en el área. Frecuentemente, estos datos se presentan en un gráfico identificando sólo el colegio-comunidad del informe en particular. El proveer datos comparativos ha probado ser importante, pues permite que los miembros de la comunidad y coalición comprendan el progreso de su comunidad o colegio relativo a otros en el área.

Otra característica central del MIP incluye el considerar las necesidades de personas-clave-de-interés-público (*stakeholders*) y el presentarles los datos de manera de motivarlos para alinearlos, apoyar el modelo y participar en futuras actividades de prevención. El modelo asume que el suministrar *stakeholders* con datos relevantes, en el nivel en que ellos son responsables, es más probable de motivar acción correspondiente a ese nivel que una colección de informes de colegios-comunidad. Por ejemplo, además de cada informe de colegio-comunidad, se desarrollan reportes adicionales que se alinean con el nivel socio-ecológico relativo a varios *stakeholders*. Mientras las directivas de colegios-barrio reciben un reporte específico para el colegio-barrio, las directivas del distrito escolar, ciudad, o región, reciben reportes alineados con su área específica. De esta manera, los miembros de la comunidad local aportan un aumento de la atención y motivación a los datos que describen lo que está pasando en sus colegios-comunidades, mientras que las autoridades de más arriba pueden aportar atención y motivación a datos que se alinean primariamente con su nivel y áreas de preocupación.

A menudo, los miembros de la coalición, comunidad y *stakholders* clave tienen acceso a la información de los

informes anuales o bianuales a través de una reunión comunitaria o en sus sitios de trabajo (ej., facultad y staff de los colegios, profesionales de la municipalidad o condado, autoridades electas). Tales reuniones siguen los mismos principios básicos de los informes. Priorizan un lenguaje accesible, sin tecnicismos y presentan datos visuales, en la medida posible. Las reuniones comunitarias están diseñadas para presentar los datos de una manera que maximicen el compromiso comunitario, la toma de decisiones, y el compromiso a participar en actividades de prevención. A menudo, los centros de padres de los colegios ofrecen participar y alinear sus reuniones y participación en el MIP. En algunos casos, las comunidades utilizan métodos de marketing social para ampliar la difusión de los hallazgos de los reportes a través de una variada gama de canales y medios.

En todos los casos, la coalición local mantiene la propiedad de todos los datos recolectados, al igual que los reportes y presentaciones distribuidos, independiente de con quien pudiesen haber hecho convenios o contratos para completar estos servicios. Más aún, las decisiones en relación a cómo distribuir cada reporte y materiales de la presentación, son tomadas por la coalición local que patrocina el MIP.

Paso 7: Definición de Metas Comunitarias y Otras Respuestas Coordinadas a los Hallazgos

El resultado deseado de los Pasos 1 a 6 es que la coalición local lidere el camino en establecer tres a cuatro metas comunitarias con apoyo amplio. Estas metas, informadas por la evidencia y por el conocimiento local de las normas y cultura del área, deben estar enfocadas en reducir los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores del inicio del uso de sustancias que se hayan identificados específicamente relevantes para cada comunidad. Las metas también deben incluir estrategias específicas hechas a medida para promover el éxito dentro del contexto de cada comunidad. Asumiendo que hay amplias diferencias entre las comunidades, la selección de metas y estrategias dependen fuertemente en el conocimiento local en relación a que metas van a resonar con los miembros de la comunidad y cuales estrategias de implementación son más probables de funcionar en cada colegio-comunidad. Los individuos necesitan en general menos motivación externa para hacer lo que ya tienen interés en hacer. De la misma manera, las comunidades necesitan menos motivación externa para hacer lo que ya resuena con la comunidad como un todo. Por lo tanto, un aspecto clave del MIP es el apoyarse en la sabiduría de la coalición local para poner prioridades al establecer las metas que les hagan sentido a ellos y que estén alineadas con los hallazgos de la investigación. La Tabla 2 incluye un menú de ejemplos de metas y estrategias comunitarias seleccionadas comúnmente y que han sido ampliamente usadas como parte del MIP.

Paso 8: Alineamiento de las Estrategias Políticas y Práctica

Una vez que las metas y estrategias comunitarias son seleccionadas, estableciendo un consenso entre los miembros de la comunidad e investigadores, la coalición local trabaja para identificar políticas claves y mecanismos locales para lograr los resultados que pretenden en la comunidad, y alinear estas metas con las políticas, reglamentos y práctica vigentes. En este punto es donde los líderes administrativos o autoridades elegidas a menudos entran en la película. Como ejemplos, en los Estados Unidos de Norteamérica, el Plan de Mejoramiento de los Colegios provee una oportunidad de alinear las metas con mecanismos existentes de monitorización y control. De la misma manera, en Islandia, los resultados de la encuesta del MIP han influenciado leyes de propaganda de cigarro y alcohol, regulaciones sobre horas fuera de la casa de los jóvenes, y normas parentales sobre monitorización comunitaria. Mientras el Paso 6 se enfoca en activar la participación de la comunidad como un todo, el Paso 8 se enfoca en activar y alinear los hacedores-de-políticas-públicas y a las comunidades de profesionales (que trabajan con jóvenes) con metas comunitarias amplias. Porque un aspecto central del MIP es la colaboración de grupos de gente que generalmente con interactúan los unos con los otros, el MIP se apoya en hacedores de políticas públicas y profesionales relevantes para unirse a grupos comunales como asociados dispuestos a dar peso profesional a estrategias y metas locales. Este tipo de integración local-profesional tipifica la estructura del modelo y su enfoque en la prevención del uso de sustancias. El liderazgo y participación comunitaria apoyado y aumentado por la acción profesional organizada.

Paso 9: Inmersión de Niños, Niñas, y Adolescentes en un Medioambiente, Mensajes y Actividades de Prevención Primaria

Luego de seleccionar las metas y estrategias para reducir los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores en el Paso 7 y de alinearlos con políticas y práctica vigentes en el Paso 8, la comunidad está ahora lista para la inmersión de niños, niñas y adolescentes en un ambiente diseñado para lograr estos objetivos. Si la meta central del MIP es cambiar el medioambiente social, entonces el tratamiento central del modelo es exponer a los niños, niñas, y adolescentes a ambientes mejorados que estén alineados con las propuestas teóricas del modelo sobre la prevención del inicio de uso de sustancias. Cuando datos de alta calidad y un

TABLA 2
Ejemplos del Enfoque de la Prevención Islandesa para el Desarrollo en Comunidad de Metas y Estrategias

Domino	*Metas*	*Estrategias*
Familia	Mejorar el conocimiento y comprensión parental del impacto del uso de alcohol, tabaco y otras drogas (ATOD) en sus niños y niña:	1. Conducir reuniones de padres en colegios que usan los resultados de la encuesta local para demostrar el impacto preventivo de los factores familiares en el uso de ATOD. 2. Proveer programas de educación parental originales del impacto del uso de ATOD en adolescentes. 3. Conectar familias con recursos educacionales existentes en la comunidad, como campañas comunitarias, sitios web con datos correctos, y documentales. 4. Iniciar comunicaciones educacionales regulares, periódicas y recordatorios por medios sociales, teléfonos, y correo a la casa. 5. Asegurarse que los padres pueden identificar recursos comunitarios para la educación y tratamiento del uso de ATOD. 6. Reducir el acceso al ATOD en el hogar.
	Fortalecer las conexiones y comunicación entre los adolescentes y sus familias	7. Aumentar el tiempo que los padres pasan con sus hijos cada semana. 8. Aumentar la monitorización parental para que los padres sepan consistentemente donde están, con quien están, y que están haciendo sus adolescentes. 9. Aumentar la percepción de los adolescentes de la calidad y valor del tiempo con la familia, reservando rutinariamente tiempo diario o semanal para estar en familia. 10. Usar mensajes parentales claros y consistentes sobre las expectativas en relación al consumo de ATOD. 11. Asegurarse que todos los adolescentes puedan identificar al menos un miembro de la familia a quien le puedan preguntar de temas relacionados con el ATOD.
	Fortalecer conexiones y colaboración entre las familias	12. Aumentar la cohesión social entre las familias a través de actividades compartidas y comunicaciones, por ej., compartir una comida mensual con las familias de los amigos de tus hijos u otras actividades compartidas. 13. Aumentar la co-monitorización parental/co-comunicación sobre las actividades de sus hijos e hijas y donde están. 14. Usar contratos parentales para llegar a un acuerdo de metas comunes y límites al comportamiento de sus hijos e hijas. 15. Armar un grupo de padres que hagan paseos periódicos por el barrio. 16. Desarrollar acuerdos parentales sobre mensajes consistentes en relación al ATOD.
Colegio	Fortalecer la apreciación parental de los beneficios de las experiencias positivas de los estudiantes en el colegio y mejorar el compromiso de la asociaciones de padres-profesores-colegio	1. Conducir reuniones en los colegios con los padres y personal escolar que usen los resultados de las encuestas locales para demostrar el impacto preventivo de los factores escolares en el uso de ATOD. 2. Establecer acuerdos parentales para proveer consistentemente mensajes de apoyo a sus adolescentes sobre la importancia y valor del colegio.

(continuación)

TABLA 2 (CONTINUACIÓN)

Domino	*Metas*	*Estrategias*
		3. Establecer acuerdos del personal del colegio para proveer consistentemente mensajes de apoyo a sus adolescentes sobre la importancia y valor de la familia. 4. Aumentar el número de comunicaciones positivas entre los padres y el personal de los colegios, por ej., informar sobre comportamientos "correctos" de los estudiantes. 5. Establecer acuerdos entre padres y el colegio para dar darse mutuamente el "beneficio de la duda" cuando se estén comunicando sobre desafíos sobre los estudiantes. 6. Conducir o mejorar las noches/celebraciones escolares de los éxitos de los estudiantes. 7. Fortalecer organizaciones de padres y profesores. 8. Aumentar la participación de padres como voluntarios/ co-monitores en eventos escolares y en el colegio.
	Mejorar el bienestar de los adolescentes en los colegios y aumentar la capacidad de los colegios para mejor la salud y bienestar de los adolescentes	9. Financiar y apoyar programas de salud escolar coordinados que incluyan consejería efectiva, servicios clínicos, compromiso parental y comunitario, etc., por ej., el modelo ASCD Colegio Entero, Comunidad Entera, Niño Entero del Centers for Disease Control and Prevention. 10. Establecer sistemas de varias capas de apoyo de la salud mental y emocional incluyendo los siguientes: a. Promover un clima escolar positivo para todos los estudiantes, incluyendo relaciones positivas con personal del colegio y compañeros; b. Identificar de forma proactiva grupos de estudiantes vulnerables y proveerles servicios preventivos y programas, y c. Referir estudiantes con necesidades adicionales de asistencia individual a proveedores clínicos de salud mental en la comunidad o el colegio. 11. Adoptar un enfoque de "salud dentro de todas las políticas" en el desarrollo de políticas escolares.
	Fortalecer conexiones de los adolescentes con el colegio y los mensajes relacionados con el ATOD	12. Comprometer a toda la facultad y personal del colegio como promotores de la prevención del uso de ATOD. 13. Asegurarse que todo el colegio provea rutas clara de éxito académico y de vida. 14. Asegurarse que todos los estudiantes puedan identificar al menos un adulto en el colegio al que le puedan pedir ayuda en problemas relacionados con el ATOD. 15. Fijar expectativas claras y consecuencias definidas en relación al uso y distribución de ATOD en el colegio y durante actividades escolares, por ej., danzas, eventos deportivos, salidas docentes. 16. Establecer o fortalecer clubes de estudiantes o "sociedades sobrias" en los colegios dedicados a la prevención del uso de ATOD y crear una cultura adolescente que apoye retrasar el uso de ATOD.

(continuación)

TABLA 2 (CONTINUACIÓN)

Domino	*Metas*	*Estrategias*
Pares	Mejorar el conocimiento y entendimiento de los adolescentes y adultos del impacto de los pares y su influencia en el uso de ATOD	1. Conducir reuniones de padres en los colegios que usan los resultados de la encuesta para demostrar el impacto preventivo de factores de los pares en el uso de ATOD. 2. Conducir reuniones en los colegios que usen los resultados de la encuesta para describir las normas de los pares en relación al uso de ATOD en la comunidad adolescente. 3. Proveer reuniones de trabajo educacional para estudiantes enfocadas en construir relaciones positivas con los pares y apoyo de los pares para una toma de decisiones beneficiosa en relación al uso de ATOD.
	Mejorar el conocimiento parental de los amigos de sus hijos y sus familias	4. Aumentar el número de actividades supervisadas por los padres que incluyan los amigos de los adolescentes. 5. Aumentar el número de acrividades familia-con-familia que incluyan los amigos de los adolescentes y sus familias. 6. Aumentar la proporción de padres que asisten a los eventos de los estudiantes en que participen sus hijo y amigos de sus hijos, por ej. deportes, atletismo, musicales, shows.
	Aumentar las asociaciones con pares pro-sociales y disminuir la asociación con pares que usan ATOD	7. Fomentar la asistencia de adolescentes a actividades recreativas estructuradas y supervisadas. 8. Fomentar la asistencia de adolescentes a centros juveniles estructurados y supervisados. 9. Proveer adultos que sean un buen modelo que demuestres una relación pro-social en la casa, colegio, y tiempo libre.
	Disminuir el acceso a ATOD a través de los pares	10. Organizar un sistema de monitorización de expendios de tabaco y alcohol con castigos apropiados por infracciones. 11. Hacer cumplir las leyes de no venta de alcohol y tabaco a menores.
Tiempo Libre	Mejorar el conocimiento y entendimiento de los adultos del impacto del tiempo libre en el uso de ATOD	1. Organizar reuniones en los colegios con padres, hacedores de políticas públicas, y otros miembros de la comunidad que usen los resultados de las encuetas para demostrar el impacto preventivo de factores del tiempo libre en el uso de ATOD.
	Aumentar las oportunidades para actividades estructuradas y organizadas de tiempo libre como deportes, teatro, danza, scouts, y grupos religiosos	2. Aumentar los fondos municipales y del área para actividades recreativas organizadas. 3. Hacer que las actividades organizadas de tiempo libre sean accesibles para todos los niños, por ej. distribuyendo una tarjeta pre pagada que permita acceso a actividades de tiempo libre, para todos los niños, pagada por la municipalidad. 4. Aumentar el número y rango de opciones de tiempo libre para reflejar el amplio rango de intereses de los estudiantes.
	Asegurarse que hay lugares seguros para que los adolescentes pasen tiempo y se relaciones los unos con los otros	5. Abrir clubes de jóvenes abiertos en el barrio que sean supervisados por adultos responsables donde el tabaco y alcohol estén estrictamente prohibidos

(continuación)

TABLA 2 (CONTINUACIÓN)

Domino	*Metas*	*Estrategias*
	Disminuir el número de horas que los adolescentes pasan en horas libres no estructuradas y no monitorizadas	6. Disminuir las horas fuera de la casa tarde (por ej., pasado la medianoche). 7. Usar reuniones parentales colegio-comunidad para demostrar la importancia de tener límites razonables a las horas tarde afuera de la casa.
	Reduzca el acceso de los adolescentes a ATOD durante el tiempo libre	8. Organizar un sistema de monitoreo para las salidas de tabaco y alcohol y castigos apropiados por infringir 9. Hacer cumplir los límites legales a la venta de alcohol y tabaco a menores.
Metas Comunes para Todos los Dominios:	1. Crear un equipo cohesionado de adultos dedicados a prevenir el uso de ATOD entre los adolescentes. 2. Coordinar la participación de los adultos en estrategias relacionadas a la prevención del uso de ATOD. 3. Unificar el mensaje de los adultos en relación al ATOD. 4. Reducir el acceso de los adolescentes al ATOD. 5. Reducir las horas no estructuradas y no monitorizadas entre los adolescentes, en las que podrían usar ATOD. 6. Asegurar que todos los adolescentes tengan acceso regular a adultos con quienes ellos se sientan cómodos en pedir ayuda con problemas relacionados al ATOD. 7. Mantener la alerta de la comunidad, el compromiso, y la acción dedicada a prevenir e uso de ATOD entre los adolescentes.	

diagnóstico local están apropiadamente alineados con el conocimiento específico de la comunidad sobre que funciona en cada comunidad, entonces en estos medio-ambientes va a ser menos probable que los jóvenes inicien uso de sustancias a lo largo del tiempo. Por lo tanto, el Paso 9 se enfoca en maximizar la exposición de los estudiantes a un ambiente social menos proclive a generar uso de sustancias. Abajo se dan ejemplos de cuatro metas y cuatro estrategias que muchas municipalidades y comunidades en Islandia han operado con éxito como parte de su implementación del modelo:

Metas

1. Contratar trabajadores dedicados a la prevención, tiempo-completo en las municipalidades y tiempo-parcial en los colegios con tiempo dedicado a la prevención primaria.
2. Fortalecer grupos (centros) de padres al nivel de los colegios-comunidad.
3. Bajar las horas tarde que los jóvenes pasan fuera de la casa y las fiestas sin supervisión.
4. Aumentar la participación en actividades recreacionales organizadas y extracurriculares.

Estrategias

1. Los trabajadores dedicados a la prevención se comunican con grupos parentales a nivel de colegio-comunidad para aumentar su participación e involucramiento, organizando reuniones parentales periódicas.
2. El equipo de investigación presenta los resultados en reuniones de padres y estos se usan para demostrar la importancia del tema y que los padres y cuidadores necesitan trabajar juntos para prevenir el uso de sustancias en sus hijos y en otros jóvenes de la comunidad.
3. Los hacedores-de-políticas-públicas crean guías sobre horas-tardes-fuera de la casa en verano e invierno. Estas guías son ampliamente diseminadas y publicadas.
4. Empoderados por la participación en grupos parentales en los colegios, los padres acuerdan mutuamente no permitir el uso de alcohol y otras sustancias en sus casas, prevenir fiestas sin supervisión, y seguir las guías de horas tarde fuera de la casa.
5. Los hacedores-de-políticas-públicas y líderes administrativos aumentan el financiamiento para las actividades organizadas recreacionales y extracurriculares y crean una plataforma para hacer esta oportunidades disponibles para todos los niños, niñas, y jóvenes.

Para hacer una historia larga corta, el resultado de estas metas y estrategias ha sido que la colaboración parental y la comunicación al nivel local ha mejorado sustantivamente a través de grandes zonas del país, y la monitorización parental ha aumentado. Más aún, las horas-tarde-afuera y participación en fiestas no supervisadas entre los jóvenes han disminuido en gran medida, mientras que la participación en actividades organizadas, como deportes, música, teatro, y otros, han aumentado significativamente (Kristjansson et al., 2016; Kristjansson, James, Allegrante, Sigfusdottir, & Helgason, 2010). Estos cambios holísticos han llevado a una disminución en la iniciación del uso de sustancias entre los jóvenes del país.

Paso 10: Repetir los Pasos 1 a 9 Anualmente

Los efectos el MIP se potencian considerablemente en el tiempo. A un nivel fundamental, el modelo se base en un proceso repetitivo e iterativo que incrementalmente permea la tela social y cultural de cada colegio-comunidad año a año. Esta estrategia asume que la relación entre la coalición local y la capacidad establecida entre investigadores, líderes administrativos, hacedores de políticas públicas, profesionales/practicantes, y miembros de la comunidad se va seguir fortaleciendo si se siguen los Pasos 1 a 3. Similarmente, la recolección de datos, análisis, informes, fijación de metas, y alineamiento descritos en Pasos 4 al 9 también va a profundizarse con su aplicación repetida en el tiempo. El continuado uso de los hallazgos de la investigación para evaluar si se está progresando en las metas y estrategias seleccionadas, reafirma la decisión de la comunidad de continuar el trabajo. La meta última del MIP es facilitar un cambio de paradigma en la cultura y normas de la comunidad. Los cambios de paradigma se establecen en forma incremental y muy probablemente toman años en solidificarse completamente en la mayoría de las comunidades. Por lo tanto, la repetición y continuación son partes esenciales de "emparejar la magnitud de la solución con la magnitud del problema."

DISCUSIÓN

El MIP propone procesos de intervención específico a la medida de las necesidades locales. Por lo tanto es esencial la fuerte participación y colaboración entre los miembros de la comunidad local. Aunque los investigadores van a proveer los resultados y dar retro-alimentación de los análisis de data periódicos para guiar la práctica a nivel de la comunidad, se necesita un alto nivel de participación y liderazgo entre el personal local para facilitar un cambio a largo-plazo de las sanciones, comportamiento y normas sociales (Sigfusdottir, Kristjansson, Gudmundsdottir, & Allegrante, 2011; Sigfusdottir, Thorlindsson, Kristjansson, Roe, & Allegrante, 2009). Como tales, los mecanismos subyacentes a los factores de riesgos y protectores dentro de cada dominio de padres y familia, grupo de pares, colegio, y tiempo libre, que fueron enfatizados en Islandia, pueden no necesariamente ser apropiados en otros lados. Por ejemplo, y como mencionado antes, en Islandia la estrategia más efectiva para un involucramiento y colaboración fuertes a nivel de la comunidad local son las organizaciones de padres-y-profesores en los colegios. Estos son típicamente organizados y mantenidos por los colegios con el apoyo de las municipalidades. En otros lugares, la iglesia local o templo puede estar mejor preparada para juntar a los padres con este propósito. Puesto de otra manera, lo que puede haber funcionado en Islandia para organizar a los padres puede no funcionar, necesariamente, en otros países. Otro ejemplo son los equipos deportivos locales del área o región, los que han jugado un rol importante en la prevención de Islandia. In otros lugares, los colegios a menudo son el principal proveedor de deportes organizados. Si la participación en deportes afiliada a los colegios tendrá una similar función protectora en otros lados, que la que otorgan los equipos del área o región en Islandia, es una pregunta a responder.

En relación a vencer los desafíos de implementación (ver Kristjansson et al., 2020), subrayamos una estrategia flexible al aplicar los principios guía (primer artículo) y lo diez pasos centrales en la implementación (este artículo) que han sido formulados en gran parte en respuesta a los desafíos de estandarizar nuestra descripción de la implementación. A través de la experiencia, ambas doméstica en Islandia como en varios otros países, hemos aprendido que cuando las municipalidades, ciudades y/u otras unidades organizacionales siguen este proceso, tienden a producir mejores resultados. Más aún, el MIP está profundamente basado en la premisa de la colaboración. Esto es importante ambos entre organizaciones como entre individuos, profesionales, y gente en general. En este aspecto, el modelo puede verse como una herramienta de proceso que facilita la colaboración para la prevención del uso de sustancias. Para el éxito, puede ser necesario una variedad de esfuerzos para desafiar los "silos organizacionales" y fuentes de financiamiento no-transferibles. De máxima importancia para el éxito futuro son la capacidad de crear equipo, la evaluación de las capacidades de la comunidad, y el obtener financiamiento asegurado al inicio de la estrategia. El que exista suficiente tiempo para lograr esta construcción de capacidad es crítico para el éxito en las fases de post-recolección de datos y de diseminación de la implementación. Más aún, el permitir la inclusión de

todos los *stakeholders* relevantes en el esfuerzo de inmersión de los jóvenes en actividades de intervención, luego de los informes y traducción de los datos y diálogo local, ha demostrado ser crítico para el éxito sostenible de la prevención del uso de sustancias.

En conclusión, el MIP no es un programa en el sentido convencional, sino que una colaboración comunitaria local. Enfatiza la prevención primaria y el cambio de las normas y cultura comunitaria que puede ser logrado solo con acceso a datos locales basados-en-la-práctica (Green, 2006, 2008), esfuerzos a largo plazo de intervención en un amplio espectro de actividades de prevención (Cohen & Swift, 1999), y sustanciales aportes locales y de voz de la comunidad.

ORCID iDs

Alfgeir L. Kristjansson https://orcid.org/0000-0001-8136-9210
Michael J. Mann https://orcid.org/0000-0002-3421-4184

BIBLIOGRAFÍA

Cohen, L., & Swift, S. (1999). The spectrum of prevention: developing a comprehensive approach to injury prevention. *Injury Prevention*, *5*(3), 203-207.

ESPAD group. (2016). *ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Retrieved from Luxembourg: http://espad.org/sites/espad.org/files/TD0116475ENN.pdf

Green, L. W. (2006). Public health asks of systems science: To advance our evidence-based practice, can you help us get more practice-based evidence? *American Journal of Public Health*, *96*(3), 406-409. doi:10.2105/ajph.2005.066035

Green, L. W. (2008). Making research relevant: if it is an evidence-based practice, where's the practice-based evidence? *Family Practice*, *25*, I20-I24. doi:10.1093/fampra/cmn055

Kristjansson, A. L., James, J. E., Allegrante, J. P., Sigfusdottir, I. D., & Helgason, A. R. (2010). Adolescent substance use, parental monitoring, and leisure-time activities: 12-year outcomes of primary prevention in Iceland. *Preventive Medicine*, *51*(2), 168-171. doi:10.1016/j.ypmed.2010.05.001

Kristjansson, A. L., Mann, M. J., Sigfusson, J., Thorisdottir, I. E., Allegrante, J. P., & Sigfusdottir, I. D. (2020). Principios directrices y desarrollo del modelo Islandés para la prevención del uso de sustancias en adolescentes [Development and guiding principles of the Icelandic model for preventing adolescent substance use]. *Health Promotion Practice*. Advance online publication. doi:10.1177/1524839919899078

Kristjansson, A. L., Sigfusdottir, I. D., Thorlindsson, T., Mann, M. J., Sigfusson, J., & Allegrante, J. P. (2016). Population trends in smoking, alcohol use and primary prevention variables among adolescents in Iceland, 1997-2014. *Addiction*, *111*(4), 645-652. doi:10.1111/add.13248

Kristjansson, A. L., Sigfusson, J., Sigfusdottir, I. D., & Allegrante, J. P. (2013). Data Collection Procedures for School-Based Surveys Among Adolescents: The Youth in Europe Study. *Journal of School Health*, *83*(9), 662-667. doi:10.1111/josh.12079

Sigfusdottir, I. D., Kristjansson, A. L., Gudmundsdottir, M. L., & Allegrante, J. P. (2011). Substance use prevention through school and community-based health promotion: a transdisciplinary approach from Iceland. *Global Health Promotion*, *18*(3), 23-26. doi:10.1177/1757975911412403

Sigfusdottir, I. D., Thorlindsson, T., Kristjansson, A. L., Roe, K. M., & Allegrante, J. P. (2009). Substance use prevention for adolescents: the Icelandic Model. *Health Promotion International*, *24*(1), 16-25. doi:10.1093/heapro/dan038