



Principios Directrices y Desarrollo del Modelo Islandés para la Prevención del Uso de Sustancias en Adolescentes

Alfgeir L. Kristjansson, PhD^{1,2} 
Michael J. Mann, PhD³ 
Jon Sigfusson, MEd²
Ingibjorg E. Thorisdottir, MPH²
John P. Allegrante, PhD⁴
Inga Dora Sigfusdottir, PhD²

El uso de sustancias por los adolescentes (i.e. el consumo de alcohol, tabaco, y otras drogas), persiste como un problema global, y se mantiene como un desafío para nuestras sociedades y autoridades de salud pública. Como respuesta a las altas tasas de uso de sustancias en adolescentes en los años '90, en Islandia han sido pioneros en el desarrollo del Modelo Islandés Para la Prevención Primaria del Uso de Sustancias – un método basado en la teoría y evidencia científica que ha demostrado su efectividad en bajar los niveles de consumo en Islandia en los últimos 20 años. Para documentar este método e informar sobre los procesos basados-en-la-práctica que puedan ayudar en establecer este modelo en otros países, describimos esquemáticamente en esta serie de dos partes la teoría, antecedentes, principios directrices del método, y los pasos centrales en la implementación exitosa del modelo. En este artículo describimos los antecedentes y contexto necesarios, la orientación teórica, el desarrollo del método, y brevemente revisamos los hallazgos y datos publicados. Adicionalmente, presentamos los cinco principios guía en los que se basa el método del Modelo de Prevención Islandés para la prevención del uso de sustancias en adolescentes, y discutimos la evidencia acumulada que apoya la efectividad del modelo. En el

siguiente artículo, parte 2, identificamos y describimos procesos clave en el modelo y los diez pasos centrales de la implementación efectiva y basada en la práctica de este modelo.

Palabras clave: *adolescencia; modelo islandés; implementación; evidencia; basado-en-la-práctica; prevención; uso de sustancias; drogas*

► INTRODUCCIÓN

La prevención del uso de alcohol, tabaco, y otras drogas dañinas para la salud entre los jóvenes sigue

¹School of Public Health, West Virginia University, Morgantown, WV, USA

²Reykjavik University, Reykjavik, Iceland

³Boise State University, Boise, ID, USA

⁴Teachers College, Columbia University, New York, NY, USA

Nota de los autores: Este artículo es una traducción de la publicación original en inglés: *Development and Guiding Principles of the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use (2020)*, *Health Promotion Practice*, Vol. 21, No. (1), 62-69, <https://doi.org/10.1177/1524839919849032>. 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.

Health Promotion Practice

Month XXXX Vol. XX, No. (X) 1–8

DOI: 10.1177/1524839919899078

Article reuse guidelines: sagepub.com/journals-permissions



© 2020 The Author(s)

siendo un desafío en el mundo, especialmente en muchas economías avanzadas. Desde el punto de vista de la salud pública, la estrategia más razonable para la prevención es evitar o retrasar lo más posible el inicio del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. El consumo temprano de drogas daña el desarrollo psicosocial y neurocognitivo, y aumenta la vulnerabilidad de los jóvenes al uso posterior de sustancias lícitas e ilícitas, fracaso académico, conductas sexuales de alto riesgo, y problemas de salud mental (Atherton, Conger, Ferrer, & Robins, 2016; Windle & Zucker, 2010), and is strongly predictive of later dependence (Kendler, Myers, Damaj, & Chen, 2013; Moss, Chen, & Yi, 2014). Sin embargo, a pesar de la necesidad de tener prevención primaria efectiva, la mayoría de los programas y métodos de prevención no han sido capaces de demostrar impacto a largo plazo ni beneficios sociales (Hopfer et al., 2010; Kumpfer, Smith, & Summerhays, 2008).

Aunque hay ejemplos de métodos de prevención que han demostrado éxito, como el *Strategic Prevention Framework* (Estructura de Prevención Estratégica) desarrollado por la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, (Anderson-Carpenter, Watson-Thompson, Chaney, & Jones, 2016) and *Communities That Care* (Hawkins et al., 2008), una historia de éxito, única y notable a mencionar en la prevención primaria del uso de sustancias nos llega de Islandia. Este artículo es el primero de una serie de dos partes que describe la teoría y los procesos basados en la práctica asociados a la implementación exitosa del Modelo Islandés de Prevención Primaria del Uso de Sustancias. Aquí describimos el desarrollo del Modelo Islandés de Prevención (MIP), presentamos una breve visión general teórica, y resumimos la evidencia acumulada de la efectividad del método en reducir las tasas de consumo de sustancias en adolescentes de Islandia. A esto se sigue una introducción a los cinco principios guía en los que se basa el modelo. Concluimos posicionando el modelo, y la evidencia que apoya su efectividad, en el contexto más amplio de la literatura en el área de la prevención.

► DESARROLLO DEL MODELO Y EVIDENCIA DE SU EFECTIVIDAD

Contexto

En los años '90, Islandia estaba entre los países con alto consumo en adolescentes de alcohol, tabaco y otras drogas según resultados evidenciados en le *European School Project on Alcohol and Drugs (ESPAD)* – un estudio comparativo de 35 países europeos realizado cada 3 a 4 años (Grupo ESPAD, 2016). Por ejemplo, en 1999, la tasa de fumar tabaco en la vida entre jóvenes de décimo año de colegio era de 56% en Islandia y de 64% promedio

en Europa; la tasa de embriaguez en los últimos 12 meses era de 56% en Islandia y de 52% en Europa; y el 15% reportaba uso de cannabis (hachís o marihuana) en Islandia lo que era similar a otras partes de Europa. Hasta este punto y por muchos años, Islandia había estado usando métodos tradicionales de prevención del uso de sustancias, específicamente, programas educacionales y de instrucción individuales, desde los colegios, con la meta de educar o guiar a los jóvenes para que no iniciaran el uso de sustancias (Palsdottir, 2003; Sigfusdottir, Thorlindsson, Kristjansson, Roe, & Allegrante, 2009). En respuesta a las alarmantes tasas de consumo adolescente de sustancias en los años '90, y con financiamiento del gobierno de Islandia y la Municipalidad de Reykjavik, un grupo de tomadores de decisiones de políticas públicas, líderes administrativos, autoridades elegidas, y científicos sociales, se juntaron para iniciar un nuevo método colaborativo, impulsado desde las bases sociales para prevenir el uso de sustancias, que se ha hecho conocido como el Modelo Islandés de Prevención (Sigfusdottir et al., 2009; Sigfusdottir, Kristjansson, Gudmundsdottir, & Allegrante, 2011).

Desarrollo del Modelo

Desde su formulación, el MIP se ha basado en teorías clásicas de desviación social que fueron desarrolladas en sociología y criminología (Akers, 1977; Hirschi, 1969; Merton, 1938), y no en teorías tradicionales de cambios de comportamiento en salud (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2015). El punto de vista apareado de estas teorías de desviación social establece que la mayoría de los individuos son capaces de actos de desviación social, pero que solo bajo algunas circunstancias ambientales y sociales, estos actos se transforman en patrones comunes de comportamiento entre grupos predominantes de adolescentes. Las razones principales de tales patrones de comportamiento incluyen (a) falta de sanciones o castigos del ambiente social (ej. de padres u otros adultos) (b) baja inversión individual o de la comunidad en valores tradicionales positivos (ej. aspiraciones educacionales altas) (c) falta de oportunidades de participación en desarrollo pro-social positivo (ej. actividades organizadas recreacionales, extracurriculares, como deportes, música, drama, clubs después del colegio, etc.). De tal manera, desde esta perspectiva teórica, los niños y niñas son vistos como un producto social, y no como actores racionales individuales, y por lo tanto el uso de tabaco, alcohol y drogas es visto como un atributo del ambiente social (Sigfusdottir et al., 2009) y engranado en factores protectores y de riesgo que son los factores determinantes en el continuado ciclo de abuso de sustancias.

Desde un inicio, y como respuesta al planteamiento teórico, el enfoque fue “movilizar a la sociedad como

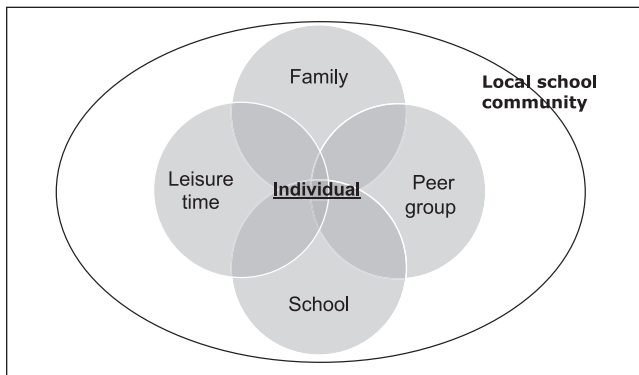


FIGURA 1 Dominios de Riesgo Comunitario y Factores Protectores en el Modelo Islandés de Prevención

un todo en la lucha contra las drogas” (Palsdottir, 2003), con énfasis en colaboración y compromiso comunitario, que lleven a cambios sociales y del medioambiente graduales y a largo plazo en vez de buscar soluciones a corto plazo. La piedra angular de este enfoque preventivo, basado en evidencia de investigaciones en ciencias sociales y del comportamiento, fue el fortalecer los factores protectores y mitigar los factores de riesgo a nivel de la comunidad, dentro de cada uno de los dominios: padres-familia, el grupo de pares, el ambiente del colegio, y el tiempo libre fuera del colegio (Figura 1) (Nash, McQueen, & Bray, 2005; Scholte, Poelen, Willemsen, Boomsma, & Engels, 2008; Watkins, Howard-Barr, Moore, & Werch, 2006), todos los cuales son dominios de potencial continua evaluación-basada-en-la-práctica y de intervención. Los 10 pasos centrales de este proceso de intervención efectiva son descritos en el segundo artículo relacionado de *Health Promotion Practice*.

Evaluación y Evidencia de Efectividad

Desde el desarrollo inicial del modelo, Islandia ha liderado la baja en el uso de sustancias en toda Europa. En 2015, la tasa vida de fumar tabaco era del 46% en adolescentes de décimo año en Europa pero había caído al 16% en Islandia; las tasas actuales de consumo de alcohol eran de 48% en Europa pero solo un 9% en Islandia; y las tasas promedio de consumo vida de cannabis se mantenían en 16%, similar al año 1999, pero había caído al 5% en Islandia. En todos los casos, las tasas de consumo en el 2015 en Islandia representaban las más bajas o las segundas más bajas de todos los 35 países participando en el estudio ESPAD ese año (Ver figura 2 para las tendencias centrales de la serie del estudio *Youth in Iceland*)

Correspondiendo a estos cambios en uso de sustancias, Islandia fue también testigo de grandes reducciones

en los factores de riesgo y del fortalecimiento de los factores protectores. Por ejemplo, los estudiantes de décimo grado que reportaban que sus padres sabían con quién pasaban su tiempo en las tardes-noches subió del ~50% en el año 2000 a sobre el 74% in el año 2016. Aún más dramático, mientras el 80% de los estudiantes de décimo grado reportaban haber estado “fuera luego de medianoche” una o más veces en la semana previa a la encuesta del año 2000, esta tasa había declinado a aproximadamente 31% en el año 2016. Durante el mismo tiempo, la participación en deportes organizados con un club o equipo cuatro veces por semana o más seguido había aumentado de un 26% en el año 2000 a aproximadamente 37% en el año 2016 (Kristjansson et al., 2016).

Usando un diseño basado-en-grupo, casi-experimental, condujimos una evaluación de los elementos centrales del MIP (Kristjansson, James, Allegrante, Sigfusdottir, & Helgason, 2010). Las municipalidades que habían sido consistentemente parte del modelo desde 1997 formaron el grupo de intervención y fueron comparadas con las municipalidades que habían estado consistentemente afuera del modelo formal de intervención. Debe hacerse notar que, dado el aislamiento geográfico y la baja población del país, se podrían esperar potenciales efectos de rebalse, contaminantes del modelo de áreas fuera del modelo. Sin embargo, a pesar de estos desafíos, la evaluación demostró una diferencia significativa en tendencias de grupo en el tiempo en el fumar, uso de alcohol, monitorización parental, estilo de vida/fiestas, y en la participación de deportes organizados, con el grupo de tratamiento siendo favorecido en todos los casos.

Desde mediados de los ‘90s, el medioambiente de los adolescentes en Islandia ha cambiado mucho, influido por la implementación amplia del modelo. Algunos de estos cambios son holísticos, únicos o solo-una-vez, mientras que varios y notables otros son cambios continuos y permanentes. En primer lugar, municipalidades y colegios que incluyen sobre el 80% de la población del país ahora rutinariamente utilizan datos de la encuesta anual actualizada para monitorizar tendencias y potenciales cambios en el consumo de sustancias y en los factores de riesgo y protectores entre los jóvenes y usan esta información para organizar respuestas y definir estrategias para el siguiente año. En segundo lugar, la mayoría de las municipalidades y ahora muchos colegios contratan personal con tiempo dedicado para actividades de prevención primaria. Adicionalmente, se han establecido organizaciones comunitarias no-gubernamentales con financiamiento del gobierno, para fortalecer y mejorar los aspectos colaborativos de la parentalidad al nivel de colegio-comunidad. Finalmente, las municipalidades han tenido la política de aumentar

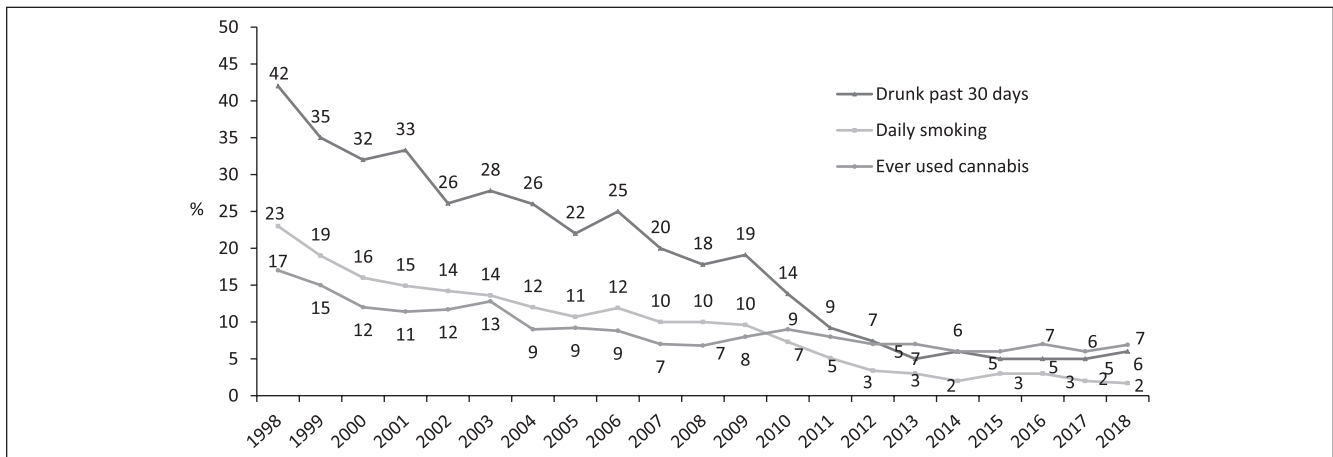


FIGURA 2 Porcentaje Anual de Uso de Sustancias Auto-reportado Entre Adolescentes Islandeses, 1998-2018
 FUENTE: Kristjansson et al. (2016).

TABLA 1
Los Cinco Principios Guía del Modelo Islandés de Prevención

Los Cinco Principios Guía del Modelo Islandés de Prevención

Principio Guía 1	Aplique un Enfoque de Prevención Primaria Diseñado a Mejorar el Medioambiente Social
Principio Guía 2	Enfatar la Acción Comunitario y Acoger a los Colegios Públicos como el Centro Natural de los Esfuerzos de Barrio/Área para Apoyar el Aprendizaje y Éxito de Vida de los Niños, Niñas y Adolescentes
Principio Guía 3	Conectar con y Empoderar Miembros de la Comunidad para Tomar Decisiones Prácticas Usando Datos y Diagnósticos Locales y Accesibles, de Alta-Calidad
Principio Guía 4	Integrar a los Investigadores, los que Diseñan Políticas Públicas, los Profesionales/Practicantes, y los Miembros de la Comunidad en un Equipo Unificado Dedicado a Resolver Problemas Complejos de la Vida-Real
Principio Guía 5	Emparejar la Magnitud de la Solución con la Magnitud del Problema, con Énfasis en Intervención a Largo-Plazo y Esfuerzos para Reclutar Recursos Comunitarios Adecuados

dramáticamente el financiamiento de actividades recreacionales extracurriculares para niños, niñas y adolescentes, haciendo estas actividades disponibles para todos a través de un sistema de cupones amistoso para los usuarios.

► **CINCO PRINCIPIOS GUÍA**

El MIP se construye sobre una fundación de cinco principios guía (ver Tabla 1). Cada principio puede ser considerado como una dimensión única de un enfoque global que provee la dirección de cómo cada paso en el proceso de intervención comunitaria debe ser implementado (ver Kristjansson et al., 2020). Aunque los diferentes pasos en el proceso pueden enfatizar un principio guía específico más o menos fuertemente,

cada paso del modelo debe incluir estos principios. Cuando se escoge entre estrategias que compiten, se puede consultar los principios guías como un medio para identificar la estrategia más de acorde con el diseño deseado del MPI y con las necesidades locales. Abajo, se describe un breve resumen de estos principios y sus dimensiones asociadas.

Principio Guía 1: Aplique un Enfoque de Prevención Primaria Diseñado a Mejorar el Medioambiente Social

El modelo se enfoca en prevenir el inicio del consumo de sustancias alterando el medioambiente social de tal manera de reducir la probabilidad que los jóvenes inicien el consumo de sustancias. Por lo tanto, el modelo

trata las causas subyacentes del inicio del uso de sustancias. Se trabaja para aumentar los factores sociales ambientales protectores asociados a la prevención o retraso en el inicio del uso de sustancias y se trabaja en disminuir los correspondientes factores de riesgo. El modelo previene el uso de sustancias interviniendo en el tejido mismo de la sociedad y en una amplia gama de oportunidades para realizar intervención comunitaria. Este acercamiento desde “el paciente es la sociedad” (Myers, 2008) le da prioridad a alterar las características sociales, organizacionales y culturales de las comunidades como la estrategia primaria de inocular (o vacunar) a los jóvenes contra el uso de sustancias. Dentro de este principio, es central el acceder y/o contratar personal apropiado para guiar y construir un equipo local y hacer un puente entre el uso de la evidencia y resultados de la investigación con la implementación práctica del modelo.

Principio Guía 2: Enfatizar la Acción Comunitario y Acoger a los Colegios Públicos como el Centro Natural de los Esfuerzos de Barrio/Área para Apoyar el Aprendizaje y Éxito de Vida de los Niños, Niñas y Adolescentes

La unidad primaria de intervención en el modelo es el barrio, definido como el área asignada a un colegio local. El modelo se basa en un acercamiento ecológico, que se enfoca en familia, colegio, pares, comunidad social, y otras oportunidades dentro de cada barrio. Aunque los colegios no son los responsables primarios de fortalecer los barrios y áreas que sirven, los colegios si representan un centro esencial para las actividades diseñadas para apoyar la salud, bienestar y éxito de los niños y adolescentes. Como resultado, el fortalecer conexiones entre las familias, colegios, la comunidad-como-un-todo, y unificar estos grupos en un equipo cohesionado dedicado a prevenir el uso de sustancias, representa una estrategia central del MIP. Por lo tanto, es esencial asegurar la colaboración y compromiso de los colegios en la recolección de los datos y monitorizar rutinariamente las tendencias, tanto en el uso de sustancias como en la prevalencia de factores de riesgo y protectores.

Principio Guía 3: Conectar con y Empoderar Miembros de la Comunidad para Tomar Decisiones Prácticas Usando Datos y Diagnósticos Locales y Accesibles, de Alta-Calidad

Los miembros de cada comunidad toman todas las decisiones basadas en los datos locales duros del modelo y el diagnóstico del barrio y colegios correspondientes.

El modelo entonces se apoya en datos locales para (a) capturar, enfocar, y mantener la atención de la comunidad en factores locales esenciales para prevenir el uso de sustancias (b) guiar la selección de estrategias y el desarrollo de la capacidad de la comunidad necesaria para enfrentar el complejo problema del uso de sustancias. Para lograr esto, el modelo usa datos locales, de alta calidad, y los hace accesible a través de procesamiento y diseminación rápida y eficiente. Los datos locales amplifican el interés de la comunidad en que está pasando con los jóvenes que viven en áreas locales y barrios, a la vez de motivar a la acción comunitaria para arreglar los problemas locales. Los datos de alta calidad mejoran las oportunidades de describir, diagnosticar e informar a la comunidad para una mejor toma de decisiones. Los datos accesibles y recientes promueven la participación significativa de toda la comunidad al presentar información de manera clara, que sea fácilmente entendida por la mayoría de los miembros de la comunidad. El usar datos locales, de alta calidad, y accesibles, permite un equipo de prevención local describir con precisión que características de la comunidad se relacionan al uso de sustancias en cada barrio específico o colegio, para identificar posibles prioridades de intervención, y para apoyar miembros de la comunidad bien informados, en su elección de estrategias que sean mas probablemente exitosas en sus comunidades en particular. La colaboración con los investigadores basados en la comunidad y el apoyarlos en recolectar, procesar, y diseminar los datos obtenidos en forma periódica, es esencial para que este principio se cumpla.

Principio Guía 4: Integrar a los Investigadores, los que Diseñan Políticas Públicas, los Profesionales/Practicantes, y los Miembros de la Comunidad en un Equipo Unificado Dedicado a Resolver Problemas Complejos de la Vida-Real

En muchas intervenciones de salud públicas comunitarias, la conexión entre los investigadores, los que diseñan políticas públicas, los profesionales, y los miembros de la comunidad son más teóricas que prácticas o funcionales. Aunque pueden compartir la misma meta, cada grupo tiende a funcionar aislado el uno del otro y en proximidad variable del problema mismo. El MIP toma un enfoque equipo-ciencia-práctica para la prevención que integra a los investigadores, los que diseñan políticas públicas, los profesionales, y los miembros de la comunidad para formar un equipo que trabaja para resolver problemas del mundo-real en áreas específicas o barrios durante periodos prolongados. De esta manera, cada grupo mantiene una proximidad cercana con cada otro grupo y con el problema mismo. Al trabajar juntos

para implementar cada uno de los 10 Pasos Centrales del Modelo Islandés de Prevención (ver Kristjansson et al., 2020), cada grupo no solo ofrece talentos únicos y experiencias necesarias para resolver problemas locales relacionados con el uso de sustancias, pero también lo hace en una manera que busca, ambos la influencia y ser influenciado por otros miembros del equipo. Por ejemplo, al usar este acercamiento, los investigadores están abiertos a ideas de los hacedores de políticas públicas, profesionales/practicantes, y miembros de la comunidad, y a menudo se basan en su visión basada en la práctica para guiarlos en direcciones futuras en recolección de datos e interpretación de los existentes. A la inversa, los hacedores de políticas, profesionales/practicantes, y miembros de la comunidad se apoyan en investigadores al recolectar datos, tomar decisiones basadas en los datos, y evaluar el progreso de su comunidad. Al establecer este tipo de dinámica de un equipo funcional, el modelo alinea el talento, experiencia, y esfuerzos de investigadores, hacedores de políticas públicas, profesionales/practicantes, y miembros de la comunidad para maximizar el impacto práctico, de mundo-real, de sus capacidades colectivas. El punto capital de este principio es la importancia de clarificar y mantener la colaboración.

Principio Guía 5: Emparejar la Magnitud de la Solución con la Magnitud del Problema, con Énfasis en Intervención a Largo-Plazo y Esfuerzos para Reclutar Recursos Comunitarios Adecuados

El modelo reconoce que las condiciones sociales que promueven el uso de sustancias entre los jóvenes emergen de múltiples y complejas fuentes a lo largo del tiempo. Por ejemplo, las normas previamente establecidas en relación al uso de sustancias; las condiciones económicas; la prevalencia de depresión, ansiedad, y adicción entre los adultos; y una falta de oportunidades de recreación en tiempo libre que sea accesible y estructurada; todos pueden contribuir al aumento en las tasas de uso y abuso de sustancias entre los adolescentes. El aumento de cualquiera de estos factores contribuyentes es complejo y habitualmente ocurre en periodos largos de tiempo. Por lo tanto, las soluciones diseñadas para contrarrestar, mitigar, o eliminar estas condiciones sociales deben tener en cuenta la extensión y magnitud de esos problemas iniciales. Los problemas que toman 10 años en desarrollarse son rara vez resueltos en 10 semanas o incluso 10 meses. Más frecuentemente, los problemas de décadas pueden tomar años para enfrentar y requieren de visión y planificación a largo plazo, compromiso y atención sostenida, adherencia a una estrategia iterativa y repetitiva, y recursos financieros de ciclo largo o permanentes. Como el modelo se basa en un

esfuerzo continuado para cambiar la sociedad de una manera que proteja a la gente joven del abuso de sustancias, debe también dar prioridad a crear una capacidad comunitaria y compromiso a largo-plazo necesarios para lograr esta meta.

Para cumplir con la meta de este principio guía, es necesario entender y apreciar la prevención primaria, vista a través del lente del MIP, como una estrategia a largo-plazo.

► **DISCUSIÓN**

El MIP en varios sentidos utiliza lo que Livingood et al. (2011) han llamado un “acercamiento caja de herramientas” (“*toolkit approach*”) aplicado a la promoción en salud. En vez de apoyarse en intervenciones prescriptiva universales, el acercamiento caja de herramientas asume que las comunidades varían enormemente en fortalezas, oportunidades y recursos. Para la promoción en salud esto significa que, aunque la influencia de factores de riesgo y protectores opera en forma similar entre individuos (Hemphill et al., 2011), su prevalencia y significancia difiere en el nivel de colegio y comunidad (Hawkins, Van Horn, & Arthur, 2004). Esto es particularmente importante para la prevención primaria del uso de sustancias pues subraya lo apropiado del diagnóstico de los factores de riesgo y protectores a nivel amplio de la comunidad, y las intervenciones locales “a la medida” (Livingood et al., 2011). En vez de atribuir los riesgos del inicio del uso de sustancias en los niños, niñas, y adolescentes a elecciones individuales, el MIP está diseñado para maximizar las probabilidades de elecciones individuales sanas, y por lo tanto de tener un impacto poblacional más alto que el típicamente logrado mediante esfuerzos de programas limitados a un nivel individual. Esto se alinea con las premisas del *Centers for Disease Control and Prevention Health Impact Pyramid* (Frieden, 2010)— la pirámide de cinco niveles que representa el espectro de cambios desde los factores socioeconómicos a nivel-poblacional en la base de la pirámide, al nivel individual terapia psicológica y educación, en el vértice de la pirámide – y asume una relación inversa entre el aumento del esfuerzo individual necesario en la punta y el potencial impacto poblacional en la base. Sobre los cambios en factores socioeconómicos, el cuarto nivel de la pirámide se ocupa de “Cambiar el Contexto para Hacer las Decisiones Individuales Sanas por Defecto.” En el contexto de la Pirámide de Impacto en Salud, esta es precisamente la posición y foco del MIP. Sin embargo, el cambiar las normas de la comunidad y la cultura toma tiempo, y el tiempo es habitualmente un recurso escaso para planificadores, financistas de proyectos, autoridades elegidas, los que buscan respuestas inmediatas o soluciones para los problemas de sus comunidades.

Por lo tanto, es esencial un acuerdo y entendimiento entre los agentes comprometidos con el MIP que un enfoque a largo plazo es esencial para obtener éxito. Al revisar los cinco principios guía del MIP, se hace aparente que los elementos individuales del modelo no son nuevos. La diferencia clave entre el MIP y otros métodos de prevención tiene que ver con sus procesos y su dependencia en la colaboración entre representantes de sectores que a menudo no interactúan o comprometen mucho los unos con los otros: Investigadores, hacedores de políticas públicas, practicantes/profesionales, y miembros interesados de la comunidad. Al nivel local, todos son necesarios en la mesa de trabajo, en diálogo bajo el entendimiento que cada una de estas entidades representa una importante función en el sistema, y por lo tanto, cada una está también limitada en su amplitud y fortalezas. Entonces, un tema central en el enfoque es el comprometer a la comunidad y colaborar para fomentar un medioambiente que es resistente al uso de sustancias, asumiendo que el riesgo de inicio del uso de sustancias en niños, niñas y adolescentes, crece desde el medioambiente social (Akers, Krohn, Lanza-Kaduce, & Radoceovich, 1979; Hirchi, 1969; Merton, 1938; Sigfusdottir et al., 2009). Por tanto, en vez de facilitar el cambio de comportamiento al nivel individual a través de programas educativos y/o de instrucción, como es común en trabajo de prevención tradicional, el MIP asume que el cambiar el ambiente va a generar individuos menos proclives al riesgo en el largo plazo. No es, por lo tanto, un programa desde arriba-hacia-abajo sino un acercamiento colaborativo, de construcción de comunidad desde las raíces: abajo-hacia-arriba que se organiza para acción a largo plazo, cambio, y mantención del cambio. En conclusión, el MIP ha estado en desarrollo y refinamiento basado en la práctica por 20 años (Palsdottir, 2003; Sigfusdottir et al., 2009) y ha mostrado fuerte evidencia de su efectividad en reducir el uso de sustancias en adolescentes islandeses. Desde el inicio del proyecto, *Youth in Europe* en 2006 (Kristjansson, Sigfusson, Sigfusdottir, & Allegrante, 2013; Sigfusdottir, Kristjansson, & Agnew, 2012), el método y enfoque han sido diseminados y escalados-en parte o en su todo- en varios otros países, ciudades y municipalidades (Kristjansson et al., 2013; Kristjansson et al., 2017). Durante este tiempo, hemos aprendido cuales desafíos impiden más frecuentemente la implementación completa y resultados subsecuentes. Estos desafíos incluyen organización inadecuada, construcción de coaliciones débiles al nivel local, limitaciones en el financiamiento y personal con tiempo protegido para hacer prevención primaria, bajos niveles de apoyo político y administrativo y/o desconfianza en la investigación, recolección de datos con pobre preparación con los colegios y/o confusión sobre los roles individuales, baja participación en reuniones de la comunidad y fracaso

en generar apoyo y compromiso comunal amplio, tiempo extendido entre recolección de datos y diseminación del reporte, confusión sobre propiedad de los datos y derecho a distribución, interés limitado de la comunidad más allá de reuniones informacionales, falta de estrategias organizacionales y basadas en la comunidad para identificar y trabajar en prioridades seleccionadas, disponibilidad limitada de actividades estructuradas de tiempo libre y bajo compromiso para mejorar o agregar oportunidades, y tiempo insuficiente para permitir y facilitar cambios a largo plazo. En la parte 2 de esta serie, vamos a examinar estos desafíos y los pasos respectivos que hemos considerado necesario tomar para resolverlos al implementar la prevención primaria de uso de sustancias en adolescentes.

ORCID iDs

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

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson-Carpenter, K. D., Watson-Thompson, J., Chaney, L., & Jones, M. (2016). Reducing Binge Drinking in Adolescents through Implementation of the Strategic Prevention Framework. *American Journal of Community Psychology, 57*(1-2), 36-46.
- Akers, R. L. (1977). *Deviant behavior: A social learning approach* (2 ed.). Belmont: Wadsworth.
- Akers, R. L., Krohn, M.D., Lanza-Kaduce, L., & Radoceovich, M. (1979). Social learning and deviant behavior: A specific test of a general theory. *American Sociological Review, 44*, 636-655.
- Atherton, O. E., Conger, R. D., Ferrer, E., & Robins, R. W. (2016). Risk and Protective Factors for Early Substance Use Initiation: A Longitudinal Study of Mexican-Origin Youth. *Journal of Research on Adolescence, 26*(4), 864-879. doi:10.1111/jora.12235
- 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>
- Frieden, T. R. (2010). A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. *American Journal of Public Health, 100*(4), 590-595. doi:10.2105/ajph.2009.185652
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health Behavior: Theory, Research and Practice* (5th Edition). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Hawkins, J. D., Van Horn, M. L., & Arthur, M. W. (2004). Community variation in risk and protective factors and substance use outcomes. *Prevention Science, 5*(4), 213-220. doi:10.1023/b:prev.0000045355.53137.45
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Arthur, M. W., Egan, E., Brown, E.C., Abbott, R.D., & Murray, D. M. (2008). Testing communities that care: The rationale, design and behavioral baseline equivalence of the Community Youth Development Study. *Prevention Science, 9*(3), 178-190.
- Hemphill, S. A., Heerde, J. A., Herrenkohl, T. I., Patton, G. C., Toumbourou, J. W., & Catalano, R. F. (2011). Risk and Protective Factors for Adolescent Substance Use in Washington State, the

- United States and Victoria, Australia: A Longitudinal Study. *Journal of Adolescent Health*, 49(3), 312-320. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.12.017
- Hirchi, T. (1969). *Causes of Delinquency*. Los Angeles, CA: University of California Press.
- Hopfer, S., Davis, D., Kam, J. A., Shin, Y., Elek, E., & Hecht, M. L. (2010). A review of elementary school-based substance use prevention programs: identifying program attributes. *Journal of Drug Education*, 40(1), 11-36. doi:10.2190/DE.40.1.b
- Kendler, K. S., Myers, J., Damaj, M. I., & Chen, X. G. (2013). Early Smoking Onset and Risk for Subsequent Nicotine Dependence: A Monozygotic Co-Twin Control Study. *American Journal of Psychiatry*, 170(4), 408-413. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12030321
- 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., Sarbu, E. A., Grubliauskienė, J., Daily, S. M., & Sigfusdottir, I. D. (2017). Prevalence of e-cigarette use among adolescents in 13 Eastern European towns and cities. *Public Health*, 147, 66-68. doi:10.1016/j.puhe.2017.02.005
- Kristjansson, A. L., Mann, M. J., Sigfusson, J., Thorisdottir, I. E., Allegrante, J. E., & Sigfusdottir, I. D. (2020). Implementación del modelo Islandés para la prevención del uso de sustancias en adolescentes [Implementing the Icelandic model for preventing adolescent substance use]. *Health Promotion Practice*. Advance online publication. doi:10.1177/1524839919899086
- 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
- Kumpfer, K. L., Smith, P., & Summerhays, J. F. (2008). A wakeup call to the prevention field: Are prevention programs for substance use effective for girls? *Substance Use & Misuse*, 43(8-9), 978-1001. doi:10.1080/10826080801914261
- Livingood, W. C., Allegrante, J.P., Airhihenbuwa, C.O., Clark, N.M., Windsor, R.C., Zimmerman, M.A., & Green, L.W. (2011). Applied Social and Behavioral Science to Address Complex Health Problems. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(5), 525-531.
- Merton, R. (1938). Social structure and anomie. *American Sociological Review*, 3, 672-682.
- Moss, H. B., Chen, C. M., & Yi, H.-y. (2014). Early adolescent patterns of alcohol, cigarettes, and marijuana polysubstance use and young adult substance use outcomes in a nationally representative sample. *Drug and alcohol dependence*, 136, 51-62.
- Myers, D. J. (2008). Epidemiologists, Our Patient is Society. *New Solutions*, 18(2), 107-109.
- Nash, S. G., McQueen, A., & Bray, J. H. (2005). Pathways to adolescent alcohol use: Family environment, peer influence, and parental expectations. *Journal of Adolescent Health*, 37(1), 19-28.
- Palsdottir, D. (2003). Drug-free Iceland 2002 Final Report. Retrieved from Reykjavik, Iceland:
- Scholte, R. H. J., Poelen, E. A. P., Willemsen, G., Boomsma, D. I., & Engels, R. C. M. E. (2008) Relative risk of adolescent and young adult alcohol use: The role of drinking fathers, mothers, siblings, and friends. *Addictive Behaviors*, 33, 1-14.
- Sigfusdottir, I. D., Kristjansson, A. L., & Agnew, R. (2012). A comparative analysis of general strain theory. *Journal of Criminal Justice*, 40(2), 117-127. doi:10.1016/j.jcrimjus.2012.01.001
- 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., Kristjansson, A. L., Thorlindsson, T., & Allegrante, J. P. (2008). Trends in prevalence of substance use among Icelandic adolescents, 1995-2006. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, 3. doi:10.1186/1747-597x-3-12
- 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
- Watkins, J. A., Howard-Barr, E. M., Moore, M. J., & Werch, C. C. (2006). The mediating role of adolescent self-efficacy in the relationship between parental practices and adolescent alcohol use. *Journal of Adolescent Health*, 38, 448-450.
- Windle, M., & Zucker, R. A. (2010). Reducing underage and young adult drinking: How to address critical drinking problems during this developmental period. *Alcohol Research & Health*, 33(1-2), 29-44.