



Open Access Conference Research Paper

Diez años de implementación del sistema preventivo Comunidades Que se Cuidan en Colombia/ Ten years of implementation of the preventive system Communities That Care in Colombia

Juliana Mejía-Trujillo^{1,2*}, Augusto Pérez-Gómez^{1,3}

Citation: Mejía-Trujillo, J., Pérez-Gómez, A. (2023). Ten years of implementation of the preventive system Communities That Care in Colombia. *Journal of Concurrent Disorders*, 5 (3), 67-83.

Guest-Editors:

Orlando Scopetta,
Augusto Pérez-Gómez,
Juliana Mejía-Trujillo.

Received: 04/21/2023

Accepted: 11/03/2023

Published: 12/18/2023



Copyright: ©2023
Mejía-Trujillo, J., Pérez-
Gómez, A. Licensee
CDS Press, Toronto,
Canada. This article is an
open access article
distributed under the
terms and conditions of
the Creative Commons
Attribution (CC BY)
license
(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

¹Corporación Nuevos Rumbos, Colombia

²ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9327-4689>

³ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5853-3860>

*Corresponding author: Juliana Mejía-Trujillo, jmejia@nuevosrumbos.org

Abstract (English). Comunidades Que se Cuidan is a preventive system adapted in Colombia by the Nuevos Rumbos Corporation since 2011, in 13 municipalities in the country, and whose survey has been administered in more than 40 municipalities to nearly 100,000 students. This paper collects the experience of 10 years of implementation in Colombia, adjustments to the original system (Communities That Care), and the results of the survey implementation in 15 municipalities in the department of Cundinamarca. The main adjustments were related to the use of the community availability instrument, the division into work groups, the moment of application of the survey, and the use of a menu of preventive programs based on evidence or, at least, on data. Regarding the prevalence of drug use in the 15 municipalities and their priority risk and protection factors, data collected between 2016 and 2018 constitute an important input to compare current prevalence and monitor their evolution.

Keywords: Communities That Care, Protective factors, Risk factors, Prevention, Drug Abuse.

Abstracto. Comunidades Que se Cuidan es un sistema preventivo adaptado en Colombia por la Corporación Nuevos Rumbos desde el año 2011, en 13 municipios del país, y cuya encuesta ha sido aplicada en más de 40 municipios a cerca de 100.000 estudiantes. El presente artículo recoge la experiencia de 10 años de implementación en Colombia, ajustes al sistema original (Communities That Care), y los resultados de la aplicación de la encuesta en 15 municipios del departamento de Cundinamarca. Los principales ajustes estuvieron relacionados con la utilización del instrumento de disponibilidad comunitaria, la división en grupos de trabajo, el momento de aplicación de la encuesta y la utilización de un

menú de programas preventivos basados en evidencia o en su defecto, en datos. Con respecto a las prevalencias de uso de drogas en los 15 municipios y a sus factores de riesgo y de protección prioritarios, con datos tomados entre 2016 y 2018, constituyen un insumo importante que permite comparar las prevalencias actuales y monitorear su evolución.

Palabras clave: Comunidades Que se Cuidan, Factores protectores, Factores de riesgo, Prevención, Consumo de drogas.

Introducción

El Sistema Preventivo Comunidades Que se Cuidan (CQC) es una adaptación del sistema Communities That Care (CTC) de la Universidad de Washington, USA, (Hawkins & Catalano, 1992). En Colombia, la Corporación Nuevos Rumbos ha sido la responsable de su implementación, con el apoyo permanente de miembros de la universidad creadora, así como también de actores de la Universidad de Miami. Comunidades Que se Cuidan es considerado un Sistema Preventivo y no un programa, porque permite desarrollar, a través de una metodología bien definida, procesos de articulación comunitarios, que basados en datos reales del perfil de la comunidad, contribuyen a la identificación de factores de riesgo y protección asociados a problemáticas propias de los jóvenes y adolescentes, a la planeación dirigida por los datos y a la ejecución de programas con un soporte comunitario y un monitoreo constante. CQC se convierte entonces en el dispositivo de funcionamiento de políticas, programas y prácticas que se desarrollan en los territorios.

Desde el año 2009, la Corporación Nuevos Rumbos recibió apoyo de la Universidad de Washington, para adaptar la metodología de trabajo de CTC a las particulares condiciones sociales y culturales de Colombia. A lo largo de estos diez años, la Corporación Nuevos Rumbos ha recibido apoyo financiero de la Organización Panamericana de la Salud, del Ministerio de Salud de Colombia, del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, de la Gobernación de Cundinamarca y ha usado sus propios recursos con el fin de implementar y poner a prueba las cinco fases que plantea el sistema (Hawkins y Catalano, 2002), las cuales se describen a continuación:

Fase 1. Inicio: se aplica el cuestionario de *Disponibilidad de la comunidad*, con el fin de identificar los actores claves comunitarios; se convoca a los líderes clave y se solicita la delegación de líderes por cada sector para que reciban la formación adecuada en prevención. También se obtiene el apoyo de las instituciones educativas para la aplicación del instrumento de diagnóstico comunitario.

Fase 2. Organizar, introducir, involucrar: con los delegados por sector relevante (salud, educación, desarrollo social, planeación, etc) se conforma y se capacita a la junta comunitaria. Se crea y discute la visión comunitaria con respecto al futuro de los niños en el territorio y se organiza una estructura orientadora para alcanzar dicha visión. La Junta Comunitaria se convierte en la máxima autoridad de prevención del municipio.

Fase 3. Desarrollo de un perfil de la comunidad: se aplica el instrumento de diagnóstico comunitario que mide 18 factores de riesgo y ocho factores de protección en los cuatro ámbitos de trabajo (familia, escuela, comunidad, e individuos y pares). Se realiza una sesión de trabajo para priorizar los factores que se van a abordar, así como las poblaciones en las que se trabajará principalmente de acuerdo con los datos que arroja la encuesta. También se evalúan los programas comunitarios, las políticas y los recursos existentes relacionados con los factores protectores y de riesgo priorizados.

Fase 4. Plan de acción: De acuerdo con los resultados de la encuesta, la Junta Comunitaria propone un plan de acción que incluye programas, prácticas y políticas comunitarias basadas en evidencia, con las metas y objetivos propuestos para abordar los factores protectores y de riesgo a mediano plazo y el cambio de comportamiento a largo plazo.

Fase 5. Implementación: Se implementan los programas escogidos y se enseña cómo hacer el seguimiento a los operadores. Se ofrece una capacitación sobre aspectos relacionados con evaluación para monitorear resultados y sobre financiación para asegurar la sostenibilidad del sistema.

La Corporación Nuevos Rumbos decidió comenzar y continuar la implementación de este sistema en Colombia debido a sus resultados prometedores en los diferentes países en los que se ha llevado a cabo de manera rigurosa, especialmente para reducir prevalencias de uso de drogas (Brown et al., 2007; Brown et al., 2011; Rhew et al., 2013); disminuir tasas de crimen juvenil (Rowland et al., 2023); impactar el porte de armas de fuego por parte de adolescentes (Rowhani-Rahbar, 2023); reducir comportamientos problemáticos en los jóvenes (Toumbourou, 2019); y en general porque es una intervención costo-efectiva (Kuklinski et al., 2021). El enfoque de dirigir las acciones a los factores de riesgo más altos y a los de protección más bajos, ha incidido en la prevención de diversos comportamientos problemáticos distintos al uso de sustancias psicoactivas, debido a la identificación temprana de factores de riesgo y no a la implementación de acciones dirigidas al comportamiento únicamente (Rowhani-Rahbar, 2023).

El presente artículo recoge la experiencia de Colombia, como el país con más larga trayectoria en América Latina en la implementación del sistema preventivo y los resultados de la aplicación de la encuesta para jóvenes en el marco de la segunda ola de implementación del sistema y de su aplicación en 10 municipios más del mismo departamento, durante los mismos periodos.

Desarrollo

La experiencia en Colombia. Entre los años 2011 y 2014, con la financiación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), del Ministerio de Salud y Protección Social y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), se implementó CQC de manera escalonada en ocho municipios de dos regiones del país. Durante esa primera ola de implementación del sistema preventivo, en comparación con CTC, se introdujeron varias modificaciones que se detallan en Mejía-Trujillo et al., 2016, entre las que se contemplan la coordinación y capacitación de las comunidades por parte de la Corporación Nuevos Rumbos; la modificación y aplicación del instrumento de *Disponibilidad de la comunidad* (Arthur et al., 2005); los tiempos de espera entre el desarrollo de una fase y otra, que fueron menos amplios en nuestra implementación; la aplicación de la encuesta de jóvenes desde el primer momento; la capacitación completa a toda la Junta Comunitaria en lugar de la división por subgrupos de trabajo; y la implementación del sistema a pesar de la falta de un menú de programas evaluados con diseño experimental y en su reemplazo la elaboración de un menú de programas con alguna evidencia (ver tabla 1).

Tabla 1. Adaptaciones en la primera ola de implementación de CQC en Colombia 2011 - 2014

FASE	CTC	CQC
1	El coordinador asume un papel activo en la convocatoria, capacitaciones y elaboración de informes.	Nuevos Rumbos coordinó, capacitó y acompañó directamente a las comunidades participantes.
	No era clara la utilización del instrumento de disponibilidad de la comunidad	Nuevos Rumbos adaptó el instrumento original, pues servía de base para definir si se trabajaba o no con una comunidad
2	Grupos de trabajo	Se capacitaba a la Junta Comunitaria en pleno.
3	Aplicación de las encuestas a partir de la fase 3 (mes 4 aproximadamente)	Aplicación de la encuesta desde el primer contacto con los líderes clave, y en ocasiones desde antes
4 y 5	Utilización de un Menú de programas basados en evidencia, cuyas evaluaciones incluyeran diseños experimentales	Menú de programas con evaluaciones cuasi-experimentales, pre – post o de percepción
		Estrategias y prácticas desarrolladas por Nuevos Rumbos o por las mismas comunidades

Durante los años 2016 y 2017 se dio la segunda ola de implementación de CQC, esta vez con cinco ciudades del departamento de Cundinamarca en el centro del país. Algunas de las adaptaciones se mantuvieron, otras se replantearon con base en las experiencias previas. Al igual que con seis de las ocho primeras comunidades, estos municipios fueron seleccionados por una autoridad departamental, sin dar pie a la toma de decisiones basadas en el instrumento de disponibilidad de la comunidad. Dicho instrumento se aplica antes de dar inicio a las capacitaciones con el fin de identificar si las comunidades se encuentran preparadas para la implementación del Sistema Preventivo CQC. Se aplica a los líderes clave de cada municipio (docentes, orientadores, padres de familia, directivos de colegios, miembros de los comités municipales de sustancias psicoactivas, funcionarios de salud, de educación, equipos psicosociales de distintas instituciones, la policía y otros actores relevantes), y se caracterizan los líderes, se reconoce su disponibilidad, se mide la resistencia al cambio, compromiso, cohesión, resolución de conflictos, valores, capacidad para abordar los problemas; y se identifican actitudes ante el consumo de drogas y percepción de riesgo (Correa et al., 2020). Los resultados de este instrumento son fundamentales a la hora de evaluar el éxito o fracaso de las Juntas Comunitarias, pues dos comunidades de esta ola de implementación, cuyos análisis de disponibilidad arrojaron resultados negativos, fueron las comunidades menos comprometidas y menos participativas del proceso.

Una vez comenzaron las sesiones de formación con la Junta comunitaria, se decidió que, a pesar de contar con una participación de 8 a 13 personas, se haría la división por subgrupos para no cargar las sesiones de formación, ya que el tiempo de ejecución de las primeras cuatro fases fue menor en esta oportunidad y se debía optimizar el tiempo para dar cumplimiento al ciclo de implementación. Para nuestra sorpresa, los grupos de trabajo funcionaron adecuadamente en la mayoría de los municipios, excepto en los dos que arrojaron resultados negativos en la medición de disponibilidad de la comunidad. Los grupos de *evaluación de recursos y evaluación de factores de riesgo y protección* que están presentes en las fases 3 y 4 y que requieren un conocimiento de base un poco más especializado por tratarse de manejo de datos estadísticos y aspectos de planeación, demostraron alta capacidad para identificar los elementos claves de la encuesta y priorizar los comportamientos, edades, grados escolares y factores de riesgo y de protección, con el fin de dirigir acertadamente el plan de acción a las necesidades más sentidas de cada municipio, a pesar de tratarse solo de dos o tres personas por cada sitio.

La Encuesta para Jóvenes de Comunidades Que se Cuidan fue traducida, adaptada y validada en Colombia por la Corporación Nuevos Rumbos, con apoyo de la Universidad de Miami (Montero-Zamora, 2020), y al igual que en la primera ola de implementación, fue aplicada en la primera fase del sistema con el objetivo de obtener datos muy rápidamente, para comprometer a las autoridades locales de la importancia de desarrollar CQC en el municipio; además para contar con los datos en la fase tres de

implementación, ya que los tiempos entre fases son menores en Colombia que en Estados Unidos y no es posible esperar hasta este punto del proceso para recolectar y analizar la información. Los resultados de la encuesta constituyen uno de los puntos de inflexión más claros en la implementación del sistema: la primera reacción de la Junta Comunitaria y de las autoridades del municipio es de negación; por lo general los datos son más altos de lo esperado y piden que se revise el margen de error, sin embargo, en Colombia siempre hemos aplicado a la totalidad de los estudiantes de secundaria de las instituciones educativas públicas de los municipios y algunas escuelas privadas representativas de su población, por lo que los datos no conllevan un margen de error por tratarse de universos (se toma la totalidad de los estudiantes de secundaria de cada colegio). Esa indicación disminuye la resistencia y da paso al llamado a la acción que se requiere en el sistema. Los resultados de la encuesta se convierten en la brújula que marca el camino de la prevención. Los miembros de la Junta comienzan a hablar un lenguaje común que incluye datos de prevalencias de uso de sustancias psicoactivas. El trabajo comienza a enfocarse no solo en un comportamiento sino en varios, al abordarlos desde los factores de riesgo y de protección.

En la cuarta fase, la planeación comienza a focalizarse en las poblaciones (edades, grados escolares) y zonas más vulnerables, optimizando los recursos existentes. En esta sesión y cuando se definen las metas, se requiere aterrizar las expectativas a la realidad, ya que suele suceder que los integrantes de la Junta comunitaria deseen pasar de una prevalencia de último mes de alcohol de 39% a 0%, cuando en realidad es imposible ese paso, ni siquiera al 10% o al 20% en tan solo tres o cinco años. Esta ola de implementación, después del proceso de sensibilización, decidió fijarse como meta el disminuir entre cuatro y seis puntos porcentuales las prevalencias de consumo de alcohol de vida, año y mes, y la de prevalencia de vida de consumo de marihuana entre uno y dos puntos porcentuales en los siguientes tres años. En cuanto a los factores de riesgo, la disminución fue entre cinco y diez puntos en los siguientes dos años. También en la fase de planeación, se dispuso del menú de programas preventivos construido en el 2012 por la Corporación Nuevos Rumbos (2023), y se incluyeron las acciones que se desarrollaban en los municipios con el objetivo de evaluarlas, así como el programa diseñado por la Corporación Nuevos Rumbos dirigido a la percepción de riesgo del uso de drogas y a otros factores de riesgo del ámbito individual y de pares.

El gran cambio en comparación con la implementación de la primera ola fue la inclusión de los subgrupos de trabajo, lo que optimizó el trabajo en cada una de las fases, y disminuyó la carga de los integrantes de la Junta Comunitaria. Las otras adaptaciones realizadas en la implementación de CQC se conservaron en el desarrollo del sistema en estos cinco municipios de Cundinamarca. Una gran debilidad de Comunidades Que se Cuidan, y que debe abordarse es la dificultad de realizar más de un ciclo del sistema y la consecución de los fondos financieros necesarios para la

implementación de los programas, especialmente aquellos que cuentan con buena evidencia, por ser los más costosos. En esta oportunidad, la fase cinco corrió por cuenta de las alcaldías sin el apoyo de la Corporación Nuevos Rumbos, pues solo se financió el proceso de planeación y formación, y no el de implementación y seguimiento. Si bien Comunidades Que se Cuidan es un sistema para organizar a la comunidad en torno a la prevención y un sistema para tomar decisiones basados en datos, lo que se logra en las primeras cuatro fases, requiere de un monitoreo y apoyo constante por lo menos durante los tres primeros años, situación bastante difícil en países como Colombia, donde no es posible financiar un mismo proyecto más de un año. CQC requiere convertirse en política de estado para que pueda contar con la financiación necesaria para la construcción de una juventud saludable.

La encuesta para Jóvenes de Comunidades Que se Cuidan y los resultados de su aplicación en 15 municipios de Cundinamarca (2016 – 2018). El instrumento de identificación de prevalencias, comportamientos problemáticos y factores protectores y de riesgo es el principal instrumento de caracterización y de elaboración del *perfil comunitario*, traducido, adaptado y validado en Colombia por la Corporación Nuevos Rumbos. El instrumento recolecta, a través de 123 ítems, información demográfica, prevalencias de consumo (vida, año y mes) de alcohol, cigarrillo, marihuana y otras drogas, así como de comportamientos delincuenciales y violentos. En una segunda parte, evalúa 18 factores de riesgo y 8 factores protectores de CTC relevantes para Colombia. El instrumento colombiano se llama Encuesta para Jóvenes de Comunidades Que se Cuidan (EJCQC). Como resultado, la encuesta produce unos perfiles que les permiten a las comunidades tomar decisiones sobre qué factores intentar modificar prioritariamente con base en unos puntos de corte, o referencias sobre el momento en que debe considerarse que el factor presenta unos puntajes que implican alto riesgo.

Actualmente el cuestionario ha sido aplicado a cerca de 100.000 estudiantes de 6° a 11° en más de 40 municipios del país, tanto de sector rural como urbano. La gran mayoría de los datos proviene de municipios y ciudades pequeñas, y contamos con datos de minorías étnicas como indígenas y afrocolombianos. El instrumento cuenta una alta confiabilidad, debido a que la consistencia interna para el cuestionario completo es de $\alpha = 0.82$ (alfa de Cronbach) y para cada uno de los factores de riesgo es moderada y alta. Así mismo, cuenta con una validación de constructo y concurrente (Montero-Zamora et al., 2020).

Con el fin de evitar que los participantes respondan un cuestionario muy extenso, para la recolección de los datos, se usa la metodología planeada de datos perdidos llamada “diseño de tres cuestionarios” (The 3-Form Design), recomendada por Graham (2012). Esta metodología consiste en distribuir los ítems en tres versiones de cuestionarios (A, B y C); los ítems más importantes están presentes en todos los formatos y los otros son

repartidos en las tres versiones, que se distribuyen aleatoriamente (Little & Rhemtulla, 2013). Este tipo de diseños tiene varios beneficios, como contar con más ítems en un estudio y reduce los costos de la recolección de información (Graham, 2012; Little & Rhemtulla, 2013). Cada cuestionario comparte entre el 60% y el 70% de las preguntas. En la Tabla 2 se exponen cuales ítems son compartidos y el número total de preguntas por versión del cuestionario.

Tabla 1. *Factores de riesgo y protección según cuestionario*

	<i>Ítems y factores</i>	<i>No. ítems</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
	Datos sociodemográficos		X	X	X
	Prevalencias		X	X	X
	Comportamientos antisociales	6	X	X	
Factores de riesgo					
C	Reglas y normas favorables al uso de drogas	7	X	X	X
	Percepción sobre la disponibilidad de drogas	4	X		X
	Desorganización comunitaria	6	X	X	
	Disponibilidad de armas	1	X	X	
F	Actitudes de los padres hacia el uso de drogas	3	X	X	X
	Actitudes de los padres hacia el comportamiento antisocial	3		X	X
	Pobre Manejo Familiar	8	X		X
	Historia familiar de comportamiento antisocial	8	X		X
	Manejo del conflicto familiar	3	X	X	X
E	Bajo compromiso con el colegio	8	X	X	X
PI	Uso de drogas en amigos	4		X	X
	Percepción de riesgo del uso de drogas	4	X		X
	Actitudes hacia el uso de drogas	4	X	X	X
	Actitudes hacia el comportamiento antisocial	5		X	X
	Interacción con pares con comportamientos antisociales,	6	X		X
	Inicio temprano de uso de drogas	1	X	X	
	Inicio temprano de comportamiento antisocial	6	X	X	
	Involucramiento en pandillas	4		X	X
Factores Protectores					
E	Reconocimiento del colegio por involucramiento prosocial	4		X	X

	Oportunidades colegio involucramiento prosocial	5	X	X	
F	Oportunidades familia involucramiento prosocial	3	X		X
	Reconocimiento Familia involucramiento prosocial	4		X	X
PI	Involucramiento en actividades prosociales	3		X	X
	Interacción con pares prosociales	4	X	X	
C	Oportunidades comunidad involucramiento prosocial	6	X	X	
	Reconocimiento comunidad involucramiento prosocial	3	X	X	
Total ítems		123	106	100	85

Nota: C = Comunidad, F= Familia, PI= Pares e individuos y E= Escuela.

La encuesta se aplicó en el departamento de Cundinamarca, en el centro de Colombia, en 15 municipios, cuyo promedio de habitantes de seis de ellos, fue de 24.000, siete de 14.000 y dos con 132.000 habitantes en promedio. Se aplicaron 37.968 encuestas en total. El 52.9% fueron mujeres y el 47.1% hombres.

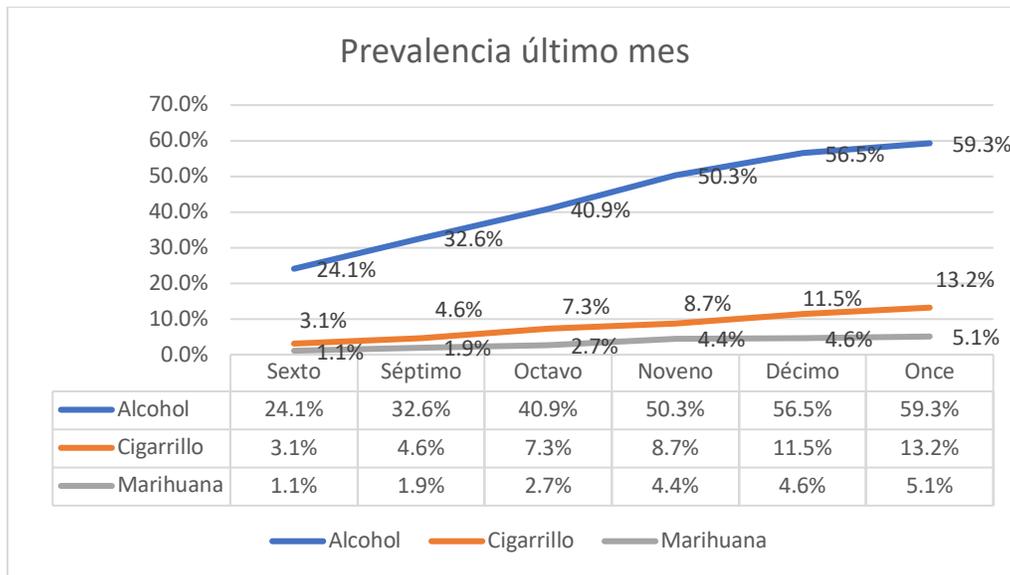
Al indagar por las prevalencias de uso de sustancias psicoactivas, puede verse que solo las cifras de alcohol en prevalencia de último año y último mes son más altas que en el Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia – 2016 (Gobierno nacional, 2018), correspondientes a 64.9% y 42.4% en comparación con el estudio nacional cuyos datos son 59.6% y 37.0% en último año y último mes, respectivamente. El resto de sustancias tienen cifras menores que las del nivel nacional (ver tabla 3).

Tabla 3. Prevalencias de uso de sustancias psicoactivas en cinco municipios de Cundinamarca

SUSTANCIA	VIDA		ÚLTIMO AÑO		ÚLTIMO MES	
	Consolidado Cund/marca	Nacional 2016	Consolidado Cund/marca	Nacional 2016	Consolidado Cund/marca	Nacional 2016
Alcohol	68,0%	69,23%	64,9%	59,59%	42,4%	37,02%
Cigarrillo	17,2%	24,06%	13,9%	14,61%	7,6%	8,06%
Marihuana	7,9%	11,70%	6,3%	7,97%	3,2%	4,29%
Cocaína	1,8%	3,90%	1,4%	2,65%	0,2%	1,50%
Basuco	0,4%	1,32%	0,2%	0,99%	0,0%	0,61%
Inhalantes	3,4%	4,01%	2,3%	2,21%	1,0%	1,21%
Éxtasis	0,7%	2,12%	0,4%	1,34%	0,1%	0,73%
Tranquilizantes	0,9%	2,96%	0,6%	1,97%	0,2%	1,02%
Popper	3,1%	5,02%	2,6%	3,75%	1,1%	2,02%
Heroína	0,3%	1,64%	0,1%	1,33%	0,0%	0,95%
Dick	0,2%	3,15%	0,1%	1,91%	0,0%	0,95%

Las tres sustancias más consumidas incrementan a medida que aumenta la edad y el grado escolar. Puede observarse que en sexto el 40.2% de los estudiantes ya ha probado alcohol alguna vez en la vida, el 5.5% el cigarrillo y el 2.0% la marihuana; estas cifras van aumentando hasta que en grado 11 el 90.3% ha consumido alcohol, el 32.0% cigarrillo y el 14.5% marihuana. En el último año, en sexto grado el alcohol lo ha consumido el 38.2%, cigarrillo el 4.9% y marihuana el 1.7%. En el último mes, estas mismas sustancias en su orden, han sido consumidas en sexto grado por el 24.1%, 3.1% y 1.1%, respectivamente (Ver gráfico 1).

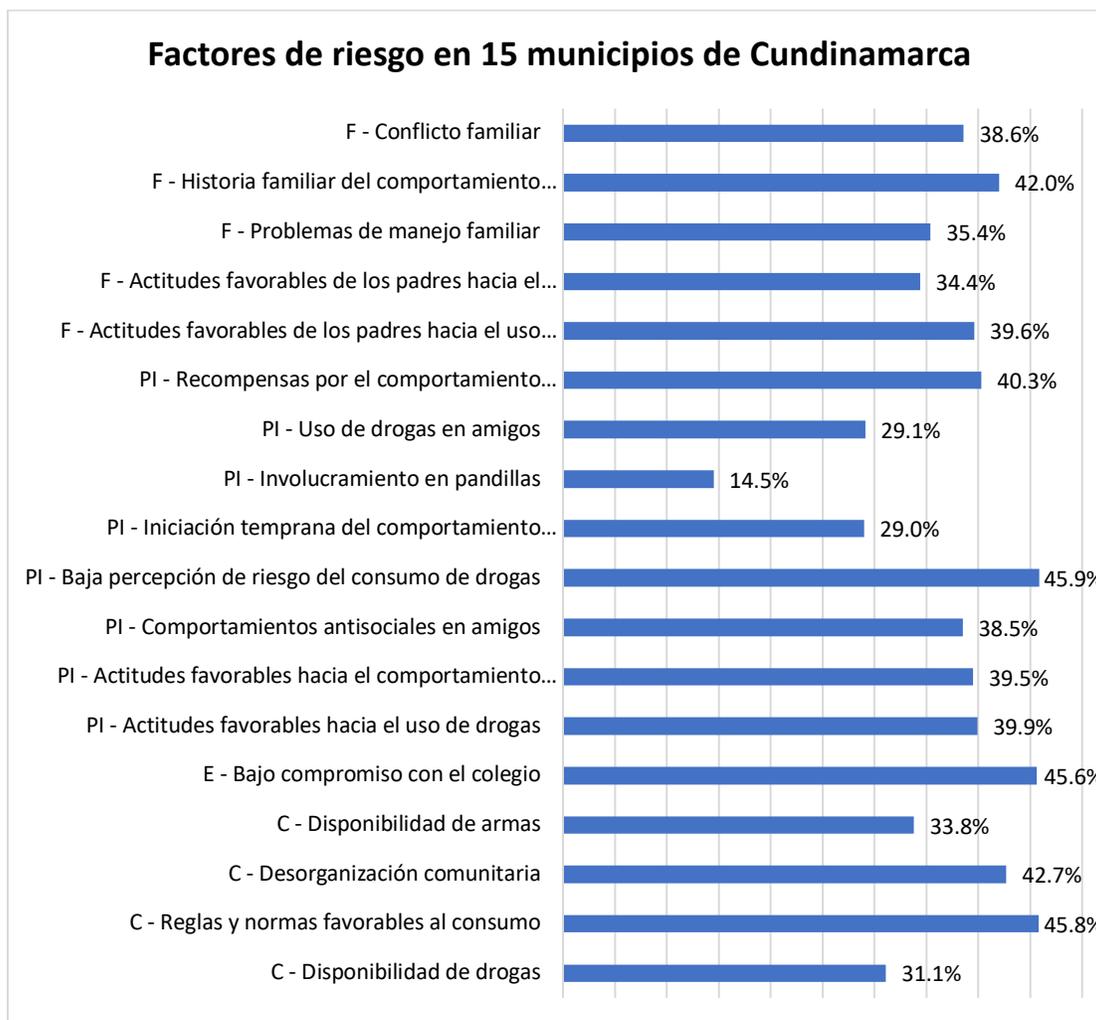
Gráfico 1. Prevalencia de último mes por grado escolar en 15 municipios de Cundinamarca



Con respecto a los factores de riesgo y de protección, se identificó la baja percepción de riesgo del consumo de drogas como el factor de riesgo más alto con un 45.9%, pero muy seguido en el puntaje, se identificó el factor de riesgo comunitario reglas y normas favorables al uso de drogas (45.8%); En el mismo lugar, con dos décimas menos (45.6%), el bajo compromiso con el colegio fue el siguiente más alto. El factor más bajo fue involucramiento en pandillas, con el 14.5% (ver gráfico 2).

Los factores protectores, por el contrario, deben trabajarse desde la baja protección. En este proceso, el más bajo y por ende más prioritario, fue el bajo reconocimiento en la escuela por la participación prosocial (37.0%). El más alto el reconocimiento por la participación prosocial en la comunidad (59.8%).

Gráfico 2. Datos de riesgo alto en 15 municipios de Cundinamarca



Conclusiones

Los diez años de implementación del sistema Comunidades Que se Cuidan en trece municipios de Colombia nos lleva a cuestionarnos sobre diversos aspectos, entre ellos, sobre la pertinencia de su implementación en países latinoamericanos: altamente desorganizados, poco preparados para sistemas comunitarios, con escasos programas preventivos basados en evidencia, con dificultades de planeación y de sostenibilidad.

Los datos muestran claramente que el sistema aborda una necesidad sentida de las comunidades latinoamericanas, y es la desorganización comunitaria (Mejía-Trujillo et al., 2017), que es uno de los factores de riesgo más altos en estos 15 municipios, pero ha sido el más alto (64,6%) en los cinco municipios de Cundinamarca en donde se ha implementado Comunidades Que se Cuidan (Corporación Nuevos Rumbos, 2017). El sistema en sí mismo es una estrategia para organizar a la comunidad en torno a un mismo objetivo, aborda varios

comportamiento problemáticos en jóvenes y forma a las comunidades en conceptos sólidos de prevención, pero también en elementos de planeación basada en datos, lo que se constituye en un avance en prevención en América Latina.

La falta de preparación de las comunidades para la implementación de este tipo de estrategias preventivas ha sido un problema común a la mayoría de países latinoamericanos. Son pocos los procesos que comienzan con la identificación de la preparación comunitaria para su desarrollo y cuando se realiza, se desestiman los resultados asumiendo que las acciones por implementar son lo suficientemente estimulantes para modificar aspectos estructurales tales como falta de liderazgo, valores y resistencia al cambio. El instrumento de disponibilidad comunitaria contribuye a reconocer los aspectos que deben mejorarse antes de iniciar procesos en los territorios: algunos requerirán más tiempo que otros porque hay un mayor número de aspectos por mejorar o más elementos por construir en la comunidad. Identificar el nivel de preparación de la comunidad evitará invertir muchos recursos en sitios donde se podrían obtener resultados más modestos, y optimizar los recursos con los que se cuenta, en los lugares donde hay mayor disponibilidad comunitaria, tal como lo mencionó Correa et al. (2020) y como lo constatamos en la segunda ola de implementación de Comunidades Que se Cuidan en Colombia.

Con respecto a la falta de programas preventivos probados y efectivos, hoy se cuenta en el país con una guía de programas evaluados. El sistema aceleró la creación, por parte de Nuevos Rumbos, de un menú de programas preventivos que sirviera de guía para que las comunidades escogieran los mejores programas de acuerdo con sus necesidades. El menú de programas ha tenido tres versiones, la primera tenía nueve programas (Corporación Nuevos Rumbos, 2012); la versión intermedia tenía cinco programas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016); y la versión más reciente, Guía de Programas Preventivos (Corporación Nuevos Rumbos, 2023) tiene ocho programas. Los consignados en el documento son aquellos reconocidos en el país por su trayectoria y resultados positivos, y cuentan con algún tipo de evaluación. Para su construcción se realizó una revisión de las instituciones que desarrollan los programas implementados en diferentes ciudades y se les solicitó que diligenciaran el instrumento *Criterios de evaluación de programas preventivos*; la información fue suministrada directamente por las instituciones que los ejecutan. A pesar de ser menor el número de programas que existen en la guía desde su creación en 2012, también es posible afirmar que los que ahora están cuentan con mejores evaluaciones que los de ese entonces. La Guía de programas preventivos se convierte entonces en la brújula que puede orientar las acciones de los municipios que decidan hacer prevención basada en datos y en evidencia.

La metodología propia de Comunidades Que se Cuidan (Hawkins et al., 2002) aborda las dificultades de planeación más habituales, una de

ellas referida principalmente a la planeación realizada con base en la percepción y no en los datos, y esto incluye la percepción de las poblaciones que deberían o no acceder a los programas preventivos, qué drogas abordar, qué problemas y factores de riesgo o de protección deben ser prioritarios. De por sí, tomar decisiones desde la percepción es un error, debido a que pueden no priorizarse los principales factores de riesgo o las poblaciones más vulnerables a ciertos comportamientos problemáticos, y por tanto, retrasar los resultados de la prevención. Para esto, la Encuesta para Jóvenes de Comunidades Que se Cuidan, se convierte en el instrumento por excelencia de diagnóstico y de planeación, ya que permite identificar de manera precisa las prevalencias de consumo de cada sustancia psicoactiva, los grados escolares en donde se presenta y por lo tanto, donde debe comenzar la prevención, qué droga es la más usada, cuál es el factor de riesgo más alto y de qué dominio, así como el factor de protección más bajo. Incluso si la planeación no se hace dirigida a la droga más consumida o al factor protector más necesario, el instrumento permite monitorear si las acciones van por buen camino, en la medida en que se aplique con rigor y regularidad cada dos o tres años. En CQC, la planeación incluye también el emparejamiento de las necesidades más sentidas, con las prácticas, los programas y las políticas más pertinentes para dichas necesidades; además, ofrece los datos que sirven de línea de base y de monitoreo de las acciones, por lo que la planeación se vuelve un proceso medible, práctico y centrado en las necesidades actuales de las poblaciones.

El último cuestionamiento que intentamos responder con esta experiencia, es el relacionado con las dificultades de sostenibilidad, las cuales, lastimosamente, son las más difíciles de abordar. Muchos procesos se suspenden o se cancelan por falta de recursos que aseguren su funcionamiento una vez la financiación inicial se extinga. En la experiencia de CQC en el país, la única manera de asegurar la financiación de las acciones de la Junta Comunitaria, es que el sistema cuente con un rubro, puede ser pequeño pero constante, desde los concejos municipales. Para esto, se requiere el apoyo decidido del alcalde municipal y de la presentación del plan de acción, así como del sistema en general, ante este concejo, lo que ha ayudado a que se involucren no solo desde los recursos personales, sino económicos, sobre todo para la implementación de los programas preventivos con evidencia empírica. La empresa privada que hace presencia en el municipio, también constituye una fuente de apoyo que es necesario involucrar en el proceso. Si bien es importante que las comunidades cuenten con conocimientos en prevención y que haya una junta comunitaria que sea la máxima autoridad de prevención en el territorio, también lo es el que los recursos de toda clase estén asegurados por lo menos durante los tres primeros años. En la experiencia en Colombia, después de dos años de desarrollo del sistema, las comunidades estaban lo suficientemente fuertes como para asumir con sus propios recursos, muchas de las acciones necesarias; sin embargo, el entusiasmo se

desvanecía rápidamente debido a la falta de un coordinador pagado que gestionara las acciones.

Así las cosas, es posible afirmar que Comunidades Que se Cuidan es un sistema viable y deseable, aun en países latinoamericanos en donde se desarrollan procesos complejos al interior de las comunidades y en donde se dan gran parte de estas situaciones presentadas. Para la mayoría de las situaciones por las que las comunidades temen implementar CQC, el mismo sistema es la solución. En los últimos diez años, la Corporación Nuevos Rumbos ha avanzado en las soluciones a estos problemas, en la medida en que ha adaptado y validado la *Encuesta para jóvenes*, ha ajustado e incorporado el *Instrumento de disponibilidad de la comunidad*, ha construido y mejorado la *Guía de programas preventivos* y ha acompañado a trece comunidades a implementar al sistema preventivo. Se hace necesario fortalecer las estrategias de sostenibilidad para poder evaluar adecuadamente el sistema e implementarlo a gran escala a nivel nacional.

Conflict of Interest

This manuscript is an original work that has not been submitted to nor published anywhere else. All authors have read and approved the paper and have met the criteria for authorship. All authors declare they have no conflict of interest.

Informed Consent

All procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (institutional and national) and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2000 (5). Informed consent was obtained from all patients for being included in the study.

Funding Sources

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Gobernación de Cundinamarca.

Referencias

- Arthur, M.W., Glaser, R.R., & Hawkins, D. (2005). Steps towards community-level resilience: Community adoption of science-based prevention programming. In R. D. Peters, B. Leadbeater, & R. J. McMahon (Eds.), *Resilience in children, families, and communities: Linking context to practice and policy* (pp. 177–194). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Brown, E.C., Hawkins, J.D., Arthur, M.W., Briney, J.S. y Abbott, R. D. (2007). Effects of Communities That Care on Prevention Services Systems: Findings From the Community Youth Development Study at 1.5 Years. *Prevention Science*, 8, 180-191.
- Brown, E.C., Hawkins, J.D., Arthur, M.W., Briney, J.S. y Fagan, A.A. (2011). Prevention service system transformation using Communities That Care. *Journal of Community Psychology*, 39, 183–201.
- Corporación Nuevos Rumbos. (2012). *Menú de programas y políticas en Colombia*.
- Corporación Nuevos Rumbos. (2017). *Informe final de implementación de Comunidades Que se Cuidan en cinco municipios de Cundinamarca*.
- Corporación Nuevos Rumbos. (2023). *Guía de programas preventivos (GPP)*.
<https://nuevosrumbos.org/blog?tit=Men%C3%BA+de+Programas+Preventivos+en+Colombia&vistaprevia=news&secnew=Publicaciones&catnew=Men%C3%BA+de+Programas+Preventivos+en+Colombia>
- Correa, A., Brown, E.C., Lee, T.K., Mejía-Trujillo, J., Pérez-Gómez, A., y Eisenberg, N. (2020). Assessing Community Readiness for Preventing Youth Substance Use in Colombia: a Latent Profile Analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction* 18:368–381 <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00191-1>
- Graham, J.W. (2012). *Missing data: Analysis and design*. Springer Science & Business Media.
- Gobierno de Colombia. (2013). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia - 2011 -*
- Gobierno de Colombia. (2018). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia - 2016 -*
- Kuklinski, M.R., Oesterle, S., Briney, J.S. et al. (2021). Long-term Impacts and Benefit–Cost Analysis of the Communities That Care Prevention System at Age 23, 12 Years After Baseline. *Prev Sci* 22, 452–463. <https://doi.org.mu.idm.oclc.org/10.1007/s11121-021-01218-7>
- Hawkins, J. D., & Catalano Jr, R. F. (1992). *Communities that care: Action for drug abuse prevention*. Jossey-Bass.
- Hawkins, J. D., & Catalano, R. F. (2002). Investing in your community’s youth: An introduction to the Communities That Care system. South Deerfield: Channing Bete.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. y Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors* (27), 951-976.
- Little, T.D., & Rhemtulla, M. (2013). Planned missing data designs for developmental researchers. *Child Development Perspectives* 7(4): 199-204
- Mejía-Trujillo, J., Pérez-Gómez, A., y Reyes-Rodríguez, M. (2016). Implementación y adaptación en Colombia del sistema preventivo Comunidades Que se Cuidan. *Adicciones*, 27(4), 253.254.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Lineamientos para operar programas preventivos.

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-programas-preventivos.pdf>
- Montero-Zamora, P., Reyes-Rodríguez, M.F., Cardozo-Macías, F., Brown, E.C., Pérez-Gómez, A., Mejía-Trujillo, J., Toro, J. & Paredes- Aguilar, M. (2020). Adolescent substance use and its association with risk and protective factors. An exploratory analysis of the large-scale survey from Comunidades Que se Cuidan, Colombia. *Adicciones*, 32(2), 105-115. DOI: 10.20882/adicciones.1083
- Rhew, I. C., Brown, E., Hawkins, D. y Briney, J. (2013). Sustained effect of the Communities That care system on prevention service system transformation. *American Journal of Public Health* 103, 529-535.
- Rowhani-Rahbar, A., Oesterle, S., Gause, E. L., Kuklinski, M. R., Ellyson, A. M., Schleimer, J. P., Dalve, K., Weybright, E. H., Briney, J. S., & Hawkins, J. D. (2023). Effect of the Communities That Care prevention system on adolescent handgun carrying: A cluster-randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 6(4), e236699. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.6699>
- Rowland, B., Kelly, A.B., Mohebbi, M. *et al.* Evaluation of Communities That Care—Effects on Municipal Youth Crime Rates in Victoria, Australia: 2010–2019. (2023) *Prevention Science* 23, 24–35. <https://doi-org.mu.idm.oclc.org/10.1007/s11121-021-01297-6>
- Shapiro, V. B., Hawkins, J. D., Oesterle, S., Monahan, K.C., Brown, E. C. y Arthur, M. W. (2013). Variation in the effect of Communities That Care on community adoption of a scientific approach to prevention. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 4, 154-164.
- Toumbourou, J. W., Rowland, B., Williams, J., Smith, R., & Patton, G. C. (2019). Community intervention to prevent adolescent health behavior problems: Evaluation of communities that care in Australia. *Health Psychology*, 38(6), 536-544. <https://doi.org/10.1037/hea0000735>

This paper was presented at: Latin America Virtual Conference on Mental Health and Addictions (2022), Bogota, Colombia. This event was organized by Nuevos Rumbos (www.nuevosrumbos.org).