



# GUÍA PRÁCTICA PARA UNA PREVENCIÓN EFICAZ



MINISTERIO  
DEL INTERIOR

DELEGACIÓN DEL  
GOBIERNO PARA  
EL PLAN NACIONAL  
SOBRE DROGAS



Asociación de Técnicos para  
el Desarrollo de Programas Sociales  
c/ Martínez Izquierdo, 82  
28028 Madrid

**GUÍA PRÁCTICA  
PARA UNA PREVENCIÓN  
EFICAZ**



**ALICIA ACERO ACHIRICA**

La Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales (ADES), organizó un Grupo de Discusión con expertos en prevención de las drogodependencias, con objeto de recoger opiniones y sugerencias sobre los contenidos y aspectos metodológicos que recoge esta Guía.

ADES agradece la participación en el mismo a los siguientes profesionales:

Juan Manuel Camacho Grande (Ayuntamiento de Madrid)

Remedios Comas Verdú (ATICA Servicios de Salud)

Francisco José de Antonio Lobo (ADES)

Juan del Pozo Iribarria (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas)

Marta Franco Fernández (Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid)

Elisa Freijo Corbeira (Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid)

Mari Paz González San Frutos (ADES)

Emiliano Martín González (Ayuntamiento de Madrid)

Sonia Moncada Bueno (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas)

Ana Ordóñez Franco (Ayuntamiento de Madrid)

Juan Francisco Orsi Lorenzi (Proyecto Hombre)

Juan Carlos Pérez Aguilar (Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid)

Elena Ramón Cercas (FEMP)

Teresa Salvador Llivina (CEPS)

© ADES (Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales)

Martínez Izquierdo, 82 - 28028 Madrid

Maquetación y diseño: A.D.I.

Martín de los Heros, 66 28008 Madrid

ISBN: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Depósito Legal: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

## PRESENTACIÓN

La prevención representa sin duda la máxima prioridad de cuantos trabajamos en el tema de las drogodependencias y en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en nuestro país. Por ese proyecto ha apostado ADES, junto a otras ONGs que, desde hace años, han hecho de la prevención el eje de su actividad. Sabemos que no es una tarea sencilla pues prevenir no eliminar un problema sino algo más complejo: ser capaces de anticiparse a su aparición ofreciendo a la vez alternativas positivas y saludables a nuestros niños y jóvenes.

Por eso sabemos que la prevención no es sólo una cuestión de buenas intenciones, sino que requiere planificación, rigor, buenos métodos, constancia (como cualquier otra medida educativa) y evaluación. Si no reúne estos requisitos se quedará en un gesto testimonial, un acto de promoción corporativa o, como mucho, una acción de sensibilización. Además, debe basarse en la evidencia científica: un programa llegará a ser preventivo no por el deseo de los que lo aplican sino porque puedan demostrarlo fehacientemente.

La presente Guía ofrece al menos tres aportaciones para facilitar esta tarea preventiva: en primer lugar, constituye una herramienta práctica y de fácil utilización para los planificadores y ejecutores de programas preventivos. En ella se expone

claramente y siguiendo un “Modelo Lógico” la secuencia de un programa comunitario a partir de los más recientes avances de la investigación.

La segunda aportación consiste en una acertada capacidad de agrupar y ordenar fuentes de datos e informaciones existentes en nuestro país que se encontraban dispersas y que representan un referente imprescindible para los técnicos y voluntarios que trabajamos en este ámbito.

Finalmente, otros aspectos interesantes de la Guía son su exposición, clara y didáctica, y la utilización de una terminología precisa, homologada y de muy fácil comprensión. Todo ello hace de esta Guía un instrumento útil y asequible para todos aquellos que, desde las Administraciones Públicas o las organizaciones sociales, se planteen poner en marcha un programa preventivo.

Sólo me resta manifestar mi más sincera felicitación a la autora del trabajo, Alicia Acero, profesional con una dilatada y sólida experiencia en el campo de la prevención de drogodependencias, y mi agradecimiento a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas que, con su apoyo, ha hecho posible este trabajo. Por nuestra parte, esperamos contribuir al ahorro de tiempo y esfuerzo de muchos agentes de prevención y, en definitiva, a hacer más atractivo y eficaz este proyecto en el que creemos.

*Francisco José de Antonio Lobo.*

**Presidente de ADES.**



# ÍNDICE

1. Introducción . . . . .	9
¿Por qué es necesaria una guía práctica de prevención? .....	9
¿En qué consiste y qué ventajas ofrece el Modelo Lógico?.....	14
¿Qué fases componen el Modelo Lógico? .....	17
2. Fase I: Valoración de necesidades y fortalezas o activos . . . . .	21
Anexo 1: Fuentes de datos y utilización .....	37
1. Encuestas.....	37
2. Factores de riesgo y protección. ....	41
3. Teorías y modelos teóricos. ....	43
3. Fase II: Identificación de recursos . . . . .	49
Anexo 2: Principales fuentes de recursos para la prevención.....	61
4. Fase III: Selección de programas . . . . .	65
Anexo 3: Fuentes de datos y utilización .....	83
Los programas de prevención de drogodependencias en España .....	83
1. Programas escolares .....	85
2. Programas comunitarios.....	93

5. Fase IV: Implementación y evaluación de programas . . . . .	101
Anexo 4: Fuentes de datos y utilización: .....	119
1. Sistema EDDRA.....	119
2. Idea-Prevención.....	125
6. Fase V: Evaluación Final . . . . .	127
Anexo 5: Fuentes de datos y utilización .....	141
1. Banco de Instrumentos para la Evaluación de Intervenciones Preventivas.....	141
2. Indicadores utilizados en los programas y/o investigación de prevención sobre drogas.....	142
7. Bibliografía . . . . .	155

# INTRODUCCIÓN









## INTRODUCCIÓN

### **¿Por qué es necesaria una guía práctica de prevención?**

El campo de la prevención de las drogodependencias ha avanzado mucho en conocimientos y experiencias en las últimas décadas. Por ello, disponemos en la actualidad no sólo de esos conocimientos acerca de la etiología de los consumos de drogas y de las bases teóricas que los sustentan, sino también de programas adecuados para conseguir que los adolescentes no se inicien en el consumo de drogas, retrasen la edad de inicio o consuman de un modo menos peligroso.

En España estos avances han sido especialmente notables porque se han concentrado en un período de tiempo sorprendentemente corto. De hecho, hasta finales del año 1996 no existieron, en el marco del Plan Nacional sobre Drogas, unos criterios y unas exigencias metodológicas consensuadas para los programas de prevención. Puede afirmarse que la indudable evolución impulsada por nuestro país en el campo asistencial no había tenido su correspondencia en el ámbito de la prevención. Es verdad que, desde mucho más atrás, se disponía de un estimable número de programas aplicados en diferentes contextos (escolar y comunitario, fundamentalmente) e incluso que algunos de ellos poseían una dilatada trayectoria y un adecuado desarrollo técnico que incluía elaborados procesos de evaluación.

Pero, no es menos cierto que estos programas respondían a ciclos que eran fruto de iniciativas institucionales o sociales concretas, en ocasiones muy limitadas en el tiempo, por lo que carecían del marco y las condiciones necesarias para hacer viable la generalización de las políticas de prevención.

La sensibilidad mostrada en los últimos años por las distintas instituciones que integran el Plan Nacional sobre Drogas hacia la prevención está posibilitando el creciente desarrollo de nuevos espacios de trabajo y colaboración encaminados a conseguir el máximo consenso y a unificar unos criterios de calidad en el ámbito preventivo. Se está construyendo, aunque a menudo nos parezca que demasiado lentamente, una cultura común de intervención y de evaluación orientada a afrontar los grandes retos que nos depara el futuro en el ámbito de la prevención del uso inadecuado de las drogas.

El primer paso fundamental en este recorrido lo constituyó, sin duda, la aprobación por la Comisión Interautonómica del Plan Nacional sobre Drogas de los “Criterios básicos de intervención de los programas de prevención”. A continuación, se han venido concretando una serie de estudios, documentos y medidas importantes para el impulso y la ordenación de la prevención en España entre los que podríamos destacar: las investigaciones sobre las bases teóricas que sustentan los programas y sobre la evidencia científica en prevención, entre las que ocupan un lugar preeminente los excelentes trabajos del profesor Becoña; la creación de instrumentos de registro nacionales y autonómicos, promovida por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas con la colaboración de los Planes Autonómicos sobre Drogas; la evaluación de programas, planteada en algún caso, como el programa “Construyendo Salud”, con una perspectiva longitudinal; la configuración de bases de datos específicas de programas de prevención, como la desarrollada en España por Idea Prevención o en Europa por el OEDT y que

se denomina EDDRA, y el avance producido en los sistemas de información con la creación del Observatorio Español sobre Drogas en 1998; la experiencia sobre transferencia de buenas prácticas municipales impulsada por distintos organismos como la FEMP; los numerosos proyectos de colaboración institucional como el alcanzado entre los Ministerios Sanidad, Educación e Interior para promover la educación para la salud en la escuela; la implicación creciente en la aplicación de programas preventivos de las organizaciones sociales más representativas del sector como Proyecto Hombre, UNAD, Cruz Roja, FAD, etc.

En síntesis, puede afirmarse que, gracias a éstos y a otros muchos esfuerzos de difícil plasmación en estas líneas, en España disponemos de una base teórica sólida que sustenta los programas de prevención, de un conocimiento muy actualizado acerca de su evidencia científica, de una variedad de programas validados y de una serie de instrumentos para la planificación, diseño y evaluación de estos programas. Todo ello, enmarcado en una política preventiva explícita que no deja lugar a dudas sobre sus compromisos y recomendaciones: la “Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008” prioriza claramente la prevención y marca un gran número de objetivos específicos para los próximos años. Incluso formula una serie de metas en cantidad creciente, año a año, de programas y de participantes.

Sin embargo, tal y como también reconoce la Estrategia Nacional, el gran reto en los próximos años no es otro que la **generalización** de los programas preventivos. Porque, a pesar del incuestionable avance de la extensión de estos programas durante los últimos años, nos encontramos muy lejos de lo que sería una oferta universal a la población escolar y en un estadio muy embrionario si, trascendiendo la comunidad escolar, tenemos en cuenta otros ámbitos tan destacados como la familia o la población laboral.

Entre las múltiples dificultades que existen actualmente para impulsar ese proceso de generalización (mayor dotación presupuestaria y de recursos humanos para la prevención, más implicación de las instituciones y de las organizaciones sociales, mayor sensibilización social...), no debemos olvidar la importancia de un aspecto tan decisivo como el nivel de formación y capacitación específica de los profesionales y voluntarios que trabajan en este ámbito. De hecho, la mayoría de los profesionales que trabajan en prevención no han recibido una formación específica sobre esta materia en sus correspondientes disciplinas académicas por lo que han tenido que ir adaptándose a las circunstancias recurriendo a una actualización de carácter prácticamente autodidacta. De modo similar, entre los voluntarios existe en términos generales más disposición y buena voluntad que capacitación adecuada sobre la materia.

En este sentido, tenemos la sensación de que existe un divorcio entre los avances que se han producido en el área de la investigación, tal como han plasmado en documentos distintas instituciones, y el gran colectivo de ejecutores o potenciales ejecutores de los programas. Esto supondría que no estamos siendo capaces de trasladar el alto grado de conocimientos de que efectivamente dispone la ciencia preventiva, algunas instituciones competentes y determinados grupos muy restringidos de expertos a los profesionales y voluntarios que trabajan directamente con las organizaciones y las comunidades. Y, si revisamos los diversos déficits existentes, los que se perciben como más habituales cuando se analizan los proyectos aplicados, son los de carácter metodológico. Parecería que se comparten los grandes principios y los conceptos más gruesos relacionados con la prevención, pero que hay una dificultad para concretarlos en la aplicación real de los programas.

Por todo ello, consideramos que existe un déficit metodológico en la planificación y evaluación de programas preventivos, y esto es así porque se trata de un

espacio sobre el que se ha trabajado insuficientemente. Nos referimos más concretamente a la explicitación de las diferentes fases exigibles en el desarrollo de los programas preventivos y de los análisis que se deben dar en la compleja toma de decisiones que conlleva el diseño y la implantación de estos programas. Tanto más si tenemos en cuenta el ámbito comunitario con la lógica dispersión de mediadores sociales y de organizaciones que operan en la comunidad.

Es verdad que existen documentos muy valiosos como los antes citados e incluso alguno tan específico como la “Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias”, editada por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). Pero, a la vista de su escasa utilización deberemos concluir que, o bien no han sido suficientemente difundidos, o bien resultan poco asequibles y de difícil aplicabilidad. O, seguramente, ambas cosas a la vez.

De aquí que esta propuesta de la Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales (ADES), apoyada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, buscara reforzar esta vertiente de los programas preventivos. La guía se basa en la aplicación de un *modelo lógico* y en la recopilación de las principales experiencias y fuentes de datos existentes en nuestro país para facilitar su identificación y enriquecer en la práctica nuestros programas. Esto es, poner cuantos conocimientos e instrumentos tengamos disponibles en condiciones de ser utilizarlos en el desarrollo de un modelo lógico, es decir, un plan general de implementación y planes de acciones y actividades. Pero, todo ello se aborda ofreciendo respuestas concretas adecuadas al caso, porque no es cuestión de explicar únicamente cómo se define un objetivo específico sino de integrar los objetivos en su secuencia correcta, pertinente y adecuada a las necesidades del programa, a la

estrategia preventiva seleccionada y a la población destinataria a la que se dirigen esos objetivos.

Nuestro deseo, con este documento, es contribuir con tantas otras entidades e investigadores al esfuerzo de poner al alcance de los profesionales y voluntarios de la prevención nuevas herramientas que puedan hacer más fácil y eficaz su trabajo. En consecuencia, el objetivo básico del texto es dotar a los profesionales de la prevención de nuevos conocimientos y estrategias metodológicas dirigidos al diseño, implementación y evaluación de programas preventivos, concebidos desde una perspectiva operativa y orientados a la aplicación práctica.

## ¿En qué consiste y qué ventajas ofrece el “Modelo Lógico”?

Durante los últimos años han aparecido en nuestro país diferentes publicaciones orientadas a facilitar la planificación, el diseño y la evaluación de programas de prevención de drogodependencias (Cázares y Beatty, 1994; Alvira, 1991; Froján y Santacreu, 1993; Kröger, Winter y Shaw, 1997). Entre todas ellas destaca, tanto por su interés técnico como por su valor como modelo de referencia institucional, la citada “Guía para la evaluación para las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias”, editada por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). Este documento ofrece un modelo básicamente cualitativo y se formula mediante preguntas abiertas que conforman lo que podría ser un cuestionario autoaplicado. Su formato es muy sugerente porque coloca al planificador ante los principales interrogantes que debe formularse al planificar y evaluar las actividades de prevención. Pero, a pesar de sus indudables ventajas y de la influencia que ha tenido en el contexto europeo, caracterizado por una escasa tradición evaluadora, la guía tiene claras deficiencias y resulta poco operativa. Algunas de ellas

las describen muy acertadamente Fernández Hermida y Secades (2003): “No consta en esta guía del OEDT la toma de datos de los propios participantes o miembros de los grupos objetivo finales en los programas, ni las pautas de corrección que permitieran a tal evaluación llegar a tal resultado valorativo que posibilitara la comparación entre diversos programas. Por otro lado, tampoco se contempla en este protocolo el uso de medidas previas a la intervención contra las que comparar las tomadas con posterioridad a la misma, o el uso de grupos de comparación o de control contra los que comparar los resultados obtenidos en los grupos que han recibido la intervención preventiva”.

De aquí la necesidad de explorar nuevas aproximaciones al tema que nos ocupa buscando principalmente respuestas más concretas y más operativas a certeras preguntas del manual europeo. Y, como en tantos ámbitos de la investigación y la aplicación de programas de intervención en drogodependencias, hemos localizado interesantes aportaciones en las instituciones públicas de salud norteamericanas, especialmente en SAMHSA. A pesar de las conocidas dificultades para trasladar estos enfoques y estos programas a nuestra realidad, tanto por razones culturales como por la disparidad de políticas de salud en ambos continentes, no se puede negar el interés de adoptar abordajes concretos como el que representa el “Modelo Lógico”, recogido en “Achieving Outcomes: A Practitioner’s Guide to Effective Prevention”, obra desarrollada por el National Center for the Advancement of Prevention (fundado por el HHS SAMHSA Center for Substance Abuse Prevention). La guía expone un modelo orientado a verificar la evidencia científica y dar validez a las actuaciones preventivas. Por lo que se presenta como una herramienta de capacitación que ayuda a directivizar el proceso para demostrar los resultados preventivos desarrollados por el CSAP como respuesta a las demandas del sector



para orientar, seleccionar e implementar programas de prevención basados en la evidencia científica.

Este modelo define un proceso, e intrínsecamente una forma de pensar y un lenguaje común, que acerca y aglutina en una misma tarea a la población, organizaciones y técnicos en base a una metodología homogénea. Introduce procedimientos concretos para la medida y evaluación que, a su vez, incrementan el control sobre la dirección del programa y los resultados finales. En síntesis, ofrece un proceso basado en teorías científicamente contrastadas y que aporta certezas sobre qué se está trabajando, por qué y para qué.

Sus características diferenciales son las siguientes:

- El Modelo Lógico plasma una sucesión de eventos relacionados de forma lógica (objetivos, estrategias, grupos diana, hipótesis de trabajo, resultados a corto plazo y resultados a largo plazo) que ponen en relación los inputs y outputs de la acción con los resultados que se obtienen finalmente tras desarrollar la intervención preventiva.
- Aporta un mayor grado de comprensión del problema e incrementa el consenso entre las partes implicadas y actuantes en la búsqueda de soluciones.
- Permite anticipar el proceso dinámico y complejo que implica la aplicación de programas.
- La sistematización de un proceso como el Modelo Lógico representa una parte tan importante como las acciones de planificación y evaluación y ayuda a integrar ambas.

Finalmente, la utilización del Modelo Lógico aporta numerosas ventajas sobre otros modelos conocidos, entre las que podemos destacar:

- El Modelo Lógico aporta comprensión y elementos de juicio muy útiles si no existe consenso previo sobre el programa, qué se espera de su aplicación y qué instrumentos de evaluación deben utilizarse.
- Ayuda a “monitorizar” el proceso, suministra instrumentos para la detección y seguimiento de los cambios que genera el programa, hace posible la replicación de la aplicación de programas y corrige así posibles errores.
- El Modelo Lógico sirve como estructura evaluativa, ya que permite identificar los aspectos y datos más relevantes para realizarla.
- Ayuda a revelar o descubrir supuestos básicos de importancia para la prevención. Con esto aporta elementos para reflexionar sobre lo que se está haciendo e identificar nuevos planteamientos que son objeto de validación.
- Ayuda a restringir la tendencia a realizar inferencias o afirmaciones no fundamentadas, objetivando las potencialidades reales y límites de cada programa.
- El Modelo Lógico promueve la comunicación y simplifica los procesos de transmisión y de marketing del programa.

## ¿Qué fases componen el “Modelo Lógico”?

El Modelo Lógico se estructura en cinco fases que describen nítidamente el proceso de planificación y evaluación de los programas de prevención de drogodependencias desde una perspectiva comunitaria. Las cinco fases son las siguientes:

1. Valoración de necesidades y fortalezas o activos.
2. Identificación de recursos.

3. Selección de programas.
4. Implementación y valoración.
5. Evaluación final.

Pero la principal aportación de este modelo no son tanto las fases en sí, bastante coincidentes por otra parte con otras propuestas metodológicas suficientemente conocidas en este campo, sino la capacidad de operativizar cada una de ellas planteando objetivos muy específicos y sugiriendo estrategias concretas y recursos susceptibles de ser utilizados, desglosando ambos paso a paso. Aquí reside precisamente una de las principales aportaciones de la presente guía. No se limita a trasladar ideas de otra realidad sociocultural sino que incorpora los planteamientos, los recursos y las fuentes de información propios de la realidad actual de nuestro país facilitando su conocimiento y accesibilidad. De tal modo que el lector, sea un estudioso o un técnico que interviene en prevención, encontrará una relación de experiencias, recursos y documentos existentes y fácilmente disponibles en nuestro país que le facilitarán su búsqueda y harán más sencilla su tarea. Revisemos a continuación cada una de las cinco fases que comparten una estructura similar con los siguientes contenidos:

- Glosario de términos más utilizados en cada fase.
- Cuadro resumen de los procedimientos que conlleva.
- Secuencia de los pasos del proceso.
- Fuentes de datos y su aplicación.

## Consiguiendo resultados: Modelo Lógico

A.- VALORACION DE NECESIDADES Y FORTALEZAS O ACTIVOS	B.- IDENTIFICACION DE RECURSOS	C.- SELECCIÓN DE PROGRAMAS	D.- IMPLEMENTACION Y VALORACION	E.- EVALUACION FINAL
Recopilar datos de la realidad sobre la que se va a intervenir y definir de modo genérico el problema de consumo de drogas en esa realidad	Examinar los recursos internos y las habilidades y capacidades de los componentes del equipo gestor de la intervención preventiva	Delimitar ámbitos de concentración de riesgo	Desarrollar modelos lógicos, un plan general de implementación y planes de acción	Informar de los resultados inmediatos e intermedios
Identificar y definir: - Población/es y lugares donde el objetivo sea la reducción del consumo - Población/es y lugares donde el objetivo sea la prevención universal	Examinar e identificar los recursos propios de la comunidad sobre la que se va a actuar	Identificar y priorizar los factores de riesgo y protección más relevantes en la población objeto de intervención	Utilizar cada plan de acción para hacer seguimiento de : - Las mediciones del proceso - Las diferencias entre resultados esperados y los resultados inmediatos e intermedios obtenidos	Perfilar y resumir la evaluación de proceso desde los planes de acción
Identificar los fundamentales factores de riesgo y de protección	Identificar y “reclutar” agentes comunitarios y crear redes de colaboración	Examinar las opciones basadas en la evidencia científica	Recopilar y analizar los resultados inmediatos e intermedios. Si están por debajo de lo esperado: - Consultar - Realizar las adaptaciones necesarias - Reevaluar	Valoración final de resultados y de impacto
Plantear una hipótesis de trabajo a partir de las aportaciones de la literatura		Buscar el equilibrio entre fidelidad del modelo teórico y su adaptación al diseño del programa		Reevaluar los resultados finales a 12 y 18 meses cuando sea posible y elaborar informes.





**FASE I:**  
**VALORACIÓN DE**  
**NECESIDADES Y**  
**FORTALEZAS O**  
**ACTIVOS**

---





## FASE I: VALORACIÓN DE NECESIDADES Y FORTALEZAS O ACTIVOS

Parece claro que, ante un proceso de planificación de un programa preventivo, podemos contar simplemente con una evidencia anecdótica que nos aproxime a una percepción de la naturaleza del problema, pero parece obvio afirmar que es absolutamente necesario llevar a cabo una recopilación de datos más rigurosos y objetivos que confirmen y completen esa percepción.

Por lo tanto, las dos metas principales de esta fase son: 1) Comprender la naturaleza y extensión del problema general de abuso de drogas en la comunidad sobre la que queremos intervenir y 2) Identificar los factores de riesgo y protección en la población general o en poblaciones particulares.

Las preguntas a las que debemos hacer frente serían de está índole: ¿cuál es realmente el problema de drogas de esta comunidad?, ¿quiénes están consumiendo drogas?, ¿qué factores son determinantes en esta problemática de consumo?, ¿sobre qué aspectos tenemos que intervenir para afrontar adecuadamente este problema?

Y los pasos a seguir se exponen a continuación.







A.– VALORACION DE NECESIDADES Y FORTALEZAS O ACTIVOS	1.– Recopilar datos de la realidad sobre la que se va a intervenir , agruparlos y definir de modo genérico el problema de consumo de drogas en esa realidad	II.– Identificar y definir poblaciones diana y lugares donde se va a intervenir	III.– Identificar Riesgos y fortalezas	IV.- Plantear la hipótesis de Trabajo (teoría tentativa/aproximativa de cambio)
I.– Recopilar datos de la realidad sobre la que se va a intervenir , agruparlos y definir de modo genérico el problema de consumo de drogas en esa realidad	1.– Obtener medidas de línea–base sobre la prevalencia del uso de drogas en grupos o población general del área geográfica de interés	1.– Utilizar las diferentes medidas de prevalencia para identificar qué/quién/dónde se está contribuyendo más a las medidas de prevalencia e indicadores de uso de drogas	1.– Establecer la valoración de los componentes del equipo de informantes clave con acceso y capacidad comprensiva e interpretativa de la información disponible	1.- Revisar programas y literatura científica sobre validación de programas
II.– Identificar y definir: – Población/es y lugares donde el objetivo sea la reducción del consumo – Población/es y lugares donde el objetivo sea la prevención universal	2.– Obtener medidas de línea–base sobre incidencia (casos nuevos)	2.– Para prevenir el inicio: Utilizar datos de incidencia y prevalencia para edades comunes de inicio	2.– Utilizar una variedad de fuentes de datos que abarque desde los datos de encuestas y estudios, hasta la información aportada por los informantes–clave	2.- Plantear una teoría aproximativa asociando los hallazgos de la literatura científica y la valoración de información resultante del análisis de datos de consumo de drogas del análisis de necesidades.
III.– Identificar los fundamentales factores de riesgo y de protección		3.– Para población predeterminada: 3.1.– Para reducir uso/abuso: Obtener medidas de prevalencia dentro de la propia población predeterminada 3.2.– Para retrasar el inicio: – Obtener medidas de incidencia dentro de la comunidad correspondiente a la población predeterminada – Obtener medidas de prevalencia dentro de la propia población predeterminada identificando a los que ya consumen	3.– Analizar los datos para: – Establecer prioridades para la selección del programa – Seleccionar las medidas más apropiadas para establecer la línea–base	
IV.– Plantear una hipótesis de trabajo a partir de las aportaciones de la literatura				

ACHIEVING OUTCOMES: A Practitioner’s Guide to Effective Prevention. Substance Abuse and Mental Health Services Administration SAMHSA. CSAP 2002.



## Glosario de términos:

**Edad de inicio:** Edad media del comienzo del primer consumo para las distintas sustancias.

**Evidencias anecdóticas:** Se trata de informaciones derivadas de un informe subjetivo, observación o ejemplo, que puede ser más o menos fiable pero que no puede considerarse científicamente válido o generalizable a un grupo más amplio. Se trata de la escala más baja de calidad de la evidencia.

**Fuentes de datos:** Se refiere a las encuestas disponibles o a las instituciones que pueden facilitar datos relevantes para el conocimiento de la situación relacionada con las drogas en un entorno determinado. Antes de iniciar un programa es útil revisar los datos ya disponibles en fuentes fiables de información pues este paso asegura no tener que duplicar esfuerzos para conocer la situación de partida.

**Datos de línea-base:** Observaciones o datos sobre la población o área objetos de estudio antes de llevar a cabo la intervención o tratamiento que se puede utilizar como base de comparación una vez que el programa se haya implementado.

**Grupo objetivo:** Grupo de personas, hogares, organizaciones, comunidades u otras unidades identificables al que se dirige una intervención preventiva. Pueden distinguirse dos tipos de grupos objetivos: los grupos objetivos finales (grupo de personas que se benefician en última instancia de la intervención) y grupos objetivos intermedios (grupo de personas a las que se dirige una intervención que desempeña un papel de mediación).

**Meta:** Resultado o cambio específico, medible y claramente definido, que puede ser razonablemente esperado al final de una intervención metódicamente seleccionada.

**Incidencia:** Número de casos nuevos de una enfermedad o proceso en una población definida y en un plazo determinado. Generalmente, se expresa como tasa de incidencia, con el número de casos en el numerador y la población en riesgo en el denominador. Normalmente, las tasas de incidencia se presentan de forma estandarizada, tales como nuevos casos por 100.000 habitantes.

**Indicador:** Toda medida simple (unidimensional) que puede ser utilizada de forma directa para entender o representar un fenómeno. Todo rasgo, señal o instrumento que contribuye a la comprensión de un suceso y de cuya ocurrencia concluimos que dicho suceso o fenómeno tiene lugar. Los indicadores deben ser válidos, sensibles y específicos.

**Objetivo:** Relación medible de los cambios esperados en riesgos, cualidades u otras condiciones subyacentes tal y como aparece expresado en la teoría de cambios que sirve de guía para el programa. En prevención son los cambios en las condiciones ambientales o personales relacionadas con el consumo de drogas que se prevén como resultado de una intervención preventiva. Pueden ser objetivos finales e intermedios.



**Resultados:** Cambios observados en las mediciones estudiadas. Posibles consecuencias que se derivan de cualquier tipo de intervención. Impacto o modificación registrado en el estado de salud, en la actitud o en los conocimientos de un individuo o un grupo de población, como consecuencia de la aplicación sobre el mismo de una intervención.

**Prevalencia:** Número de casos que presentan una determinada característica, conducta, problema o enfermedad en una población determinada y en un momento dado. Se expresa como una proporción (por ejemplo, la prevalencia de consumo de tabaco es del 34%). En el numerador están los casos que presentan la característica y en el denominador el total de la población en que se incluyen los casos. Se pueden expresar casos prevalentes por 100, por 1.000, por 100.000, etc., en función de la magnitud de la prevalencia.

**Programa:** Intervención estructurada diseñada para cambiar las condiciones sociales, físicas, económicas o políticas en un área geográfica definida o en una población determinada. En prevención del consumo de drogas, generalmente se refiere a un conjunto de actividades coordinadas, realizables en función de unos recursos previamente establecidos, que tiene por objeto el logro de objetivos generales y específicos relacionados con las drogas.

**Factores de Protección:** Aquellas características individuales, ambientales o sociales que reducen la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas o de que éste llegue a causar problemas importantes. Debe tenerse en cuenta que los factores de protección no son el valor opuesto a los factores de riesgo sobre una misma variable, sino que se trata de otros factores cuya presencia amortigua el impacto de los factores de riesgo.

**Resiliencia:** Es un proceso que implica una compensación de los factores de protección frente a los factores de riesgo y una acumulación gradual de fuerza emocional que permite a los niños responder con éxito a los cambios en sus familias, escuelas y comunidades.

**Factores de Riesgo:** En general, son aquellas condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones. Referidos al consumo de drogas, son aquellas condiciones individuales, sociales o ambientales que incrementan la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas o de que éste llegue a causar problemas importantes.

**Hipótesis de trabajo:** Suposición fundada en observaciones o reflexiones, que conduce a predicciones refutables. Sería toda conjetura elaborada en forma que permita su comprobación y refutación.

Alonso, C., Salvador, T. et al. (2004)



## PASO I: DEFINIR DE MODO GENÉRICO EL PROBLEMA DE CONSUMO DE DROGAS EN ESA REALIDAD

En primer lugar, nos podemos dirigir a mediadores comunitarios (policiales, judiciales...) que nos pueden indicar la disponibilidad. Educadores que pueden aportarnos el nivel de determinados problemas como el fracaso escolar, que nos indican la incidencia según grupos de edad y cursos. Información procedente también de los centros de tratamiento. Datos, todos ellos, que deberían ser comparados con los disponibles a nivel local, autonómico y estatal. Además, hay que tener en cuenta que estos informantes clave sean representativos de la población para que no sólo no aporten una información sesgada sino que puedan ayudarnos a interpretar otros datos que tengamos disponibles.

Algunas fuentes a nivel comunitario son las siguientes:

- Archivos de datos de instituciones públicas y privadas
- Bases de datos
- Observación directa
- Otros archivos públicos o privados no relacionados directamente con el tema.



Se trata, en última instancia, de establecer medidas de línea-base, tanto sobre la prevalencia como sobre la incidencia de consumo.

Otro paso más allá es acudir a las fuentes de datos disponibles. En este sentido, el instrumento más útil lo constituyen sin duda las encuestas sobre consumo de drogas a la población general o a sectores específicos de población (escolares, ámbito laboral, etc.). En España existe una importante tradición en la realización de este tipo de estudios. Los más relevantes y de alcance nacional se impulsan desde el Observatorio Nacional sobre Drogas que se ubica en la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. También llevan a cabo encuestas otras instituciones y organizaciones sociales aunque suelen ser más limitadas en sus ámbitos territoriales o ceñirse a sectores específicos de población.

En el Programa Nacional de Encuestas del Observatorio Español sobre Drogas destacan la “Encuesta Domiciliaria sobre Drogas” y la “Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar”. En el Anexo 1 sobre “Fuentes de Datos y utilización” se describen las principales características de ambas encuestas y sus virtualidades más destacadas de cara a la implementación de programas de prevención.



## PASO II: IDENTIFICAR Y DEFINIR POBLACIONES Y ÁREAS GEOGRÁFICAS

Si pretendemos reducir el abuso de sustancias hemos de identificar qué grupo o grupos de población está contribuyendo en mayor medida a ese abuso: ese grupo o grupos serán la población objetivo a la que deberá dirigirse el programa.

Si, por el contrario, nuestro objetivo es prevenir el uso de sustancias, deberemos identificar la edad más común de inicio y, por lo tanto, enfocar el programa hacia el grupo de edad inmediatamente anterior a ese grupo en el que hemos identificado la edad de inicio.





## PASO III: IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN DEFINIDA

Las fuentes citadas anteriormente, como las encuestas nacionales o autonómicas, no descienden a un nivel descriptivo de carácter local ni, mucho menos, comunitario; por lo tanto, es preciso hacer una identificación de los factores particulares de riesgo y protección de ese grupo al que vamos a dirigirnos.

En el Anexo 1 sobre “Fuentes de datos y utilización” se recogen los principales factores de riesgo y de protección que suelen citarse en la literatura científica. Ellos pueden constituir una referencia para desarrollar nuestro trabajo.







## PASO IV: PLANTEAR UNA HIPÓTESIS DE TRABAJO A PARTIR DE LOS DATOS RESULTANTES DEL ANÁLISIS DE NECESIDADES

La hipótesis de trabajo es el instrumento que permite establecer una relación lógica entre los datos resultantes de la evaluación de necesidades y el desarrollo posterior e inmediato de la definición de metas y objetivos.

Una hipótesis de trabajo reúne los cambios que esperas que ocurran respecto a los factores de riesgo y protección identificados en nuestra población definida; o, dicho de otro modo, esos cambios puestos en relación con las medidas de línea-base recogidas en la primera evaluación de necesidades. Esos cambios tienen que verse reflejados en los componentes específicos que contenga el programa de prevención.

Hay que tener en cuenta la medida en que los factores de riesgo y protección pueden ser modificados o no. Así, los factores de riesgo y protección se agrupan en tres categorías:

1. Algunos pueden ser completamente modificables (por ej. el fracaso escolar).
2. Otros pueden modificarse parcialmente pero no completamente (por ej. la disponibilidad de tabaco y alcohol en una comunidad puede ser controlada pero nunca eliminada completamente).
3. Otros factores de riesgo y protección no pueden ser modificados directamente por efecto del programa (por ej. deprivación económica extrema).

En consecuencia, debemos establecer prioridades en base a las posibilidades de intervención que vienen condicionadas tanto por esta modificabilidad de los factores como por los recursos disponibles y la participación comunitaria. Tengamos siempre en cuenta que un programa de prevención no es una fórmula mágica.

Las metas se refieren a los resultados finales y los objetivos se refieren a los resultados a corto plazo (que pueden ser inmediatos e intermedios). De tal modo, que una meta comprende distintos objetivos y los objetivos constituyen los pasos que hay que dar para conseguir alcanzar una meta.

También deberemos revisar programas y literatura científica sobre teorías y validación de programas. A partir de ello, plantearemos una teoría aproximativa asociando los hallazgos de la literatura científica y la valoración de los datos.

En nuestro país contamos con instrumentos de gran utilidad para desarrollar adecuadamente este paso. En primer lugar, disponemos de la base de datos de prevención “Idea-Prevención” que ofrece una gama muy amplia de los programas preventivos realizados en nuestro país en los últimos quince años. Por otra parte, se han llevado a cabo en los últimos tiempos importantes revisiones de la literatura

científica nacional e internacional en prevención. Los documentos más interesantes en este sentido son los dos libros del profesor Becoña que recogen las principales bases teóricas que sustentan los programas de prevención, por un lado, y la evidencia científica existente sobre la eficacia de los programas de prevención por otro. En el Anexo 1 se clasifican las diferentes teorías revisadas por Becoña (1999).





# ANEXO 1

## FUENTES DE DATOS Y UTILIZACIÓN

### 1. Las Encuestas.

Entre las principales fuentes de datos a utilizar en esta fase de valoración de necesidades y fortalezas adquieren un valor especial las encuestas, dirigidas tanto a población general como a poblaciones específicas. En España existe una larga tradición en la realización de estudios sobre consumo de drogas y son muy numerosas las instituciones públicas y organizaciones sociales que, en uno u otro momento, han llevado a cabo alguna investigación en este sentido.

Aunque, sin lugar a dudas, las más interesantes son las dos series históricas del Observatorio Español sobre Drogas (la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas y la Encuesta sobre Drogas a la población Escolar que describiremos a continuación), también pueden encontrarse en nuestro país todo un conjunto de estudios sociodemográficos sobre drogas de ámbito autonómico o local y otros más generales que incluyen información referida al fenómeno de las drogas. Entre los más conocidos podemos citar:

- Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Encuesta sobre Drogas de Galicia. Xunta de Galicia.

- Encuesta Vasca sobre Drogodependencias. Observatorio Vasco sobre Drogodependencias.
- Drogas y Escuela. Gobierno Vasco.
- Los Andaluces y las Drogas. Junta de Andalucía.
- Estudio Epidemiológico Juventud y Drogas. Gobierno de Baleares.
- La incidencia de las drogas en el mundo laboral. FAD y Plan Nacional sobre Drogas.
- El Consumo de Drogas en el Municipio de Madrid. Ayuntamiento de Madrid.

### *Encuesta Domiciliaria sobre Drogas:*

Se trata de una serie histórica que se realiza cada dos años, concretamente los años impares, y su primera edición se remonta a 1995. El universo es la población general de 15 a 64 años. El tamaño de la muestra suele oscilar entre 8.000 y 15.000 sujetos. El diseño muestral es probabilístico y polietápico y es una encuesta con representación a nivel autonómico (es necesario destacar este aspecto porque aporta un instrumento de gran interés para los planificadores de los programas preventivos). Los datos son recogidos a través de un cuestionario precodificado que se administra mediante entrevista cara a cara en el domicilio del entrevistado, excepto las preguntas sobre conductas de consumo de drogas que se contestan mediante un cuestionario autoadministrado. La encuesta en general tiene un adecuado grado de convergencia con los estándares europeos que marca el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). De hecho, España es uno de los pocos países europeos que realizan encuestas de este nivel de calidad y con esta periodicidad.

Recoge información sobre consumo de sustancias psicoactivas, tanto de comercio legal (alcohol, tabaco, tranquilizantes) como ilegal (cánnabis, éxtasis, base o crack, cocaína en polvo,

anfetaminas, alucinógenos, heroína, otros opiáceos e inhalables volátiles). Los períodos de referencia para los que se pregunta el consumo son: alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días. Igualmente se hacen preguntas sobre la frecuencia de consumo, edad del primer consumo y tiempo transcurrido desde la última vez que consumió. Además, con respecto al alcohol, se pregunta separadamente la frecuencia y cantidad consumida de cada tipo de bebida alcohólica (vino, cerveza, destilados, etc.) tanto en los días laborables como en los fines de semana.

Más allá de las prevalencias de consumo, la encuesta ofrece información sobre un conjunto de elementos de gran trascendencia para la elaboración de los programas preventivos. Entre ellos podemos destacar los siguientes:

- Opiniones y actitudes hacia las drogas: riesgo atribuido a las distintas sustancias y a su frecuencia de consumo así como el grado de rechazo hacia cada una de ellas.
- Disponibilidad percibida por los ciudadanos de cada una de las sustancias.
- Importancia atribuida a las drogas ilegales en su entorno más inmediato y frecuencia con la que perciben ciertas situaciones vinculadas al tráfico y al consumo de drogas (jeringuillas tiradas en el suelo, personas inyectándose drogas, vendedores que les ofrecen drogas, personas esnifando, etc.).
- Actuaciones más idóneas para resolver el problema de las drogas a juicio de los ciudadanos, entre las que se incluye una larga relación de propuestas (educación en la escuela, campañas publicitarias, control policial, administración de metadona, legalización, etc.).

### *Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar:*

Como en el caso de la anterior, la “Encuesta Escolar sobre Drogas a Población Escolar” se encuadra en el Programa Nacional de Encuestas del Observatorio Español sobre Drogas. También tiene un carácter bienal y su primera edición corresponde al año 1994, por lo que, en estos momentos, nos permite ya analizar la evolución de las tendencias de consumo de la última década en nuestro país. El universo lo componen los estudiantes españoles de secundaria de 14 a 18 años,





tanto de colegios públicos como privados, de todas las Comunidades Autónomas. La muestra es muy amplia y alcanza a más de 20.000 estudiantes. Los datos son representativos tanto a nivel nacional como autonómico. El diseño muestral es probabilístico y la asignación por Comunidad Autónoma es desproporcional con el fin de aumentar el peso relativo de las comunidades más pequeñas. Dentro de cada colegio se seleccionan generalmente dos aulas y en ellas cumplimentan los alumnos sus cuestionarios.

Esta encuesta es especialmente rigurosa en su metodología y ha demostrado una alta fiabilidad en todas sus ediciones, asimismo cumple todos los estándares de calidad que establece el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). Pero, sin duda, el aspecto más importante a destacar es que se trata de un instrumento especialmente indicado para la planificación de los programas preventivos. En EE.UU., que vienen aplicando una encuesta muy similar desde 1975, la denominan “monitorizando el futuro”, lo que explica muy acertadamente el auténtico valor de este estudio para identificar tendencias emergentes que van apareciendo entre los adolescentes y que constituyen una base imprescindible para orientar las políticas preventivas.

La encuesta permite básicamente:

- Estimar la prevalencia de consumo de las distintas sustancias.
- Identificar los patrones de consumo y las características sociodemográficas más importantes de los consumidores de las distintas sustancias.
- Estimar las edades medias de inicio al consumo de cada sustancia.
- Analizar las motivaciones para el consumo y no consumo de drogas.
- Conocer las opiniones, percepciones y actitudes ante determinados aspectos relacionados con los consumos de drogas.
- Identificar factores asociados al consumo de las diferentes sustancias.



Todas estas variables tienen una gran utilidad a la hora de valorar las necesidades de la población objeto de intervención y establecer las prioridades del programa que vamos a implementar. La mayor parte de esta información se extrae directamente del análisis de datos de la encuesta y se presenta como tal en los informes del Observatorio Español sobre Drogas. Sin embargo, también se llevan a cabo otros análisis multivariantes con el objetivo de hallar la constatación estadística de la existencia de asociaciones o relaciones entre variables. Para ello se cruzan indicadores tales como los distintos tipos de consumo (experimental, habitual, abusivo...) o la edad de inicio al consumo con cinco escenarios de estudio: patrones de ocio y tiempo libre, comunicación familiar, grado de satisfacción personal, consumo de drogas por parte del grupo de iguales y normas paternas.

Por otra parte, la Encuesta Escolar ha incorporado en sus dos últimas ediciones un cuestionario dirigido a los profesores de estos mismos centros escolares para conocer sus experiencias, opiniones y propuestas respecto de los programas de prevención de las drogodependencias en el medio escolar. Este estudio complementario nos puede aportar información muy determinante de cara a la intervención en los centros escolares de nuestra Comunidad Autónoma. El cuestionario recoge aspectos tales como: grado de formación de los profesores en la materia, conocimiento de los programas de prevención existentes, expectativas del profesorado hacia la prevención, estado de situación de los consumos entre la población escolar, nivel de aplicación de los programas, disponibilidad del profesorado hacia la prevención en el aula, etc.

## 2. Los factores de riesgo y de protección.

Existen distintas clasificaciones de los factores de riesgo y protección, según los diferentes autores que los han estudiado o han realizado revisiones de los mismos. Entendemos que una de las visiones más globales y completas es la que realiza Becoña (2002) a partir de datos del CSAP (2001), y que se resume en el siguiente cuadro.

## Principales factores de riesgo y protección para el consumo de drogas

Dominio	Factores de riesgo	Factores de protección
<b>Individual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rebeldía.</li> <li>- Amigos que se implican en conductas problema</li> <li>- Actitudes favorables hacia la conducta problema</li> <li>- Iniciación temprana en la conducta problema</li> <li>- Relaciones negativas con los adultos</li> <li>- Propensión a buscar riesgos o a la impulsividad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oportunidades para la implicación prosocial</li> <li>- Refuerzos/reconocimiento por la implicación prosocial</li> <li>- Creencias saludables y claros estándares de conducta</li> <li>- Sentido positivo de uno mismo</li> <li>- Actitudes negativas hacia las drogas</li> <li>- Relaciones positivas con los adultos</li> </ul>
<b>Iguales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asociación con iguales delincuentes que consumen o valoran las sustancias peligrosas</li> <li>- Asociación con iguales que rechazan las actividades de empleo y otras características de su edad</li> <li>- Susceptibilidad a la presión de los iguales negativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asociación con iguales que están implicados en actividades organizadas en la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas y otras</li> <li>- Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas</li> <li>- No fácilmente influenciable por los iguales</li> </ul>
<b>Familia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia familiar de conductas de alto riesgo</li> <li>- Problemas de manejo de la familia</li> <li>- Conflicto familiar</li> <li>- Actitudes parentales e implicación en la conducta problema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apego</li> <li>- Creencias saludables y claros estándares de conducta</li> <li>- Altas expectativas parentales</li> <li>- Un sentido de confianza básico</li> <li>- Dinámica familiar positiva</li> </ul>
<b>Escuela</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temprana y persistente conducta antisocial</li> <li>- Fracaso académico desde la escuela elemental</li> <li>- Bajo apego a la escuela</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oportunidades para la implicación prosocial</li> <li>- Refuerzos/reconocimiento para la implicación prosocial</li> <li>- Creencias saludables y claros estándares de conducta</li> <li>- Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro</li> <li>- Clima instruccional positivo</li> </ul>
<b>Comunidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilidad de drogas</li> <li>- Leyes y normas de la comunidad favorables al consumo de drogas</li> <li>- Deprivación económica y social extremas</li> <li>- Transición y movilidad</li> <li>- Bajo apego al vecindario y desorganización comunitaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad</li> <li>- Descenso de la accesibilidad a la sustancia</li> <li>- Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes</li> <li>- Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad</li> </ul>
<b>Sociedad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empobrecimiento</li> <li>- Desempleo y empleo precario</li> <li>- Discriminación</li> <li>- Mensajes pro-uso de drogas en los medios de comunicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mensajes de los media de resistencia al uso de drogas</li> <li>- Descenso de la accesibilidad</li> <li>- Incremento del precio a través de los impuestos</li> <li>- Aumentar la edad de compra y acceso</li> <li>- Leyes estrictas para la conducción bajo el consumo de drogas</li> </ul>

CSAP (2001)

### 3. Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas.

En cualquier campo del saber se precisa tener un marco teórico que nos permita situar el trabajo cotidiano. Este suele basarse en la información disponible sobre el fenómeno en el que trabajamos y tener suficiente validez en función de la evidencia empírica disponible. En el campo de las drogas tenemos un buen número de teorías y modelos explicativos. La mayoría se han orientado a explicar por qué las personas consumen drogas, lo que posee una gran relevancia ya que si sabemos las causas del consumo nos será más factible aplicar programas preventivos para evitarlo o minimizarlo.

En España disponemos de una extensa revisión de las teorías y modelos explicativos más importantes reseñados en la literatura científica gracias a la excelente labor del profesor Becoña (1999). En el siguiente cuadro se sintetizan los tres grandes grupos en los que han sido clasificados por este autor.

#### *Clasificación de las teorías y modelos explicativos.*

##### I. Teorías parciales o basadas en pocos componentes.

1. Teorías y modelos biológicos.
2. Modelo de salud pública
3. Teorías de aprendizaje
4. Teorías actitud-conducta
5. Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales
6. Teorías basadas en la familia y en el enfoque sistémico
7. El modelo social
8. Otros.

## II. Teorías de estadios y evolutivas.

1. Modelo evolutivo de Kandel
2. Modelo de etapas motivacionales multicomponentes de Werch y Diclemente.
3. Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al.
4. Teoría de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie.
5. Teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb.
6. Modelo psicopatológico del desarrollo de Glantz.
7. Modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Chatlos.
8. Teoría de la socialización primaria de Oetting et al.

## III. Teorías integrativas y comprensivas.

1. Modelo de promoción de la salud.
2. Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura.
3. Teoría del desarrollo social de Catalano, Hawkins et al.
4. Teoría interaccional de Thomberry.
5. Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor.
6. Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor.
7. Modelo integrativo general de la conducta de consumo de drogas de Botvin.
8. Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan de Calafat et al.

9. Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis.
10. Modelo de autocontrol de Santacreu et al.

Adaptado de Becoña (1999)

Sin ánimo de describir todas y cada una de las teorías y modelos recogidos en el cuadro anterior y a título meramente orientativo, vamos a sintetizar cinco de las principales y más conocidas teorías así como su grado de aplicabilidad a los programas preventivos.

#### **Modelo evolutivo de Kandel.**

Se trata de la teoría más conocida entre las de estadios y evolutivas. Se basa en que el consumo de drogas sigue unos pasos secuenciales donde se comienza por unas primeras sustancias de iniciación (drogas legales) que sirven de elemento facilitador para el posterior consumo de otras sustancias, especialmente marihuana en segundo paso y luego las otras ilegales.

Este modelo aportó un enfoque inédito que ha tenido una gran incidencia en la comprensión del fenómeno de las drogas y en la forma de abordar la prevención priorizando las denominadas “drogas puerta de entrada” que son básicamente el alcohol y el tabaco.

#### **Teoría de la socialización primaria de Oetting.**

Su objetivo es solventar las limitaciones de las teorías anteriores que analizan un solo aspecto del problema o no indican los elementos de unión de unos componentes con otros. La premisa fundamental es que, aunque la base biológica de la conducta humana es incuestionable, esencialmente todas las conductas sociales humanas son aprendidas o tienen componentes principales que son aprendidos. Y, por lo tanto, las conductas sociales desviadas, tales como el uso de drogas, el crimen y la violencia, están entre estas conductas sociales aprendidas.



Es una teoría aplicable a cualquier tipo de programa preventivo (universal, selectivo o indicado) y explica el paso del uso de drogas al abandono mediante cambios (de ambiente, de lugar, de iguales) cuando el ambiente es intolerante con las drogas, al tener problemas físicos, etc.

### **Teoría del aprendizaje social de Bandura.**

Esta teoría ha sido red denominada por el autor como teoría cognitivo social y es una de las más utilizadas en el campo de las drogodependencias. Insiste en el concepto de autoeficacia como un componente central y como el elemento explicativo más importante relacionado con la adquisición, mantenimiento y cambio de la conducta. Es una teoría comprensiva de la conducta humana que considera a un tiempo tanto los factores de aprendizaje, los procesos cognitivos y la parte social en la que vive y se desarrolla la persona.

Muchos de los programas preventivos más eficaces se apoyan en esta teoría ya que ofrece un modo idóneo de poder conceptualizar el problema de la dependencia a las distintas sustancias y considerando los elementos que llevan tanto al inicio y mantenimiento como al abandono de las mismas.

### **Modelo del desarrollo social de Catalano, Jawkins y colaboradores.**

La asunción principal de este modo es que los seres humanos son buscadores de satisfacción y que la conducta humana depende del interés percibido por la persona de sus actos; esto es, las personas se implican en actividades o interacciones a causa de la satisfacción que esperan recibir de ellas. El modelo asume una serie de pasos o desarrollos que van a llevar a una conducta prosocial o antisocial.

Tiene una gran aplicabilidad para los programas de prevención pues, interviniendo en aquellos puntos que causan el consumo de drogas, se pueden interrumpir con medidas preventivas lo que se consideran procesos causales que van a llevar al consumo. Los autores llegan a afirmar que es posible intervenir en todos los pasos del mismo, aunque ello exige intervenciones múltiples al incluir múltiples factores.



### **Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor.**

Desde su formulación inicial ha sido un punto de referencia y recientemente se han hecho reformulaciones de las que ha nacido una nueva teoría denominada teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes. En ésta, considera unos factores de riesgo y protección, unas conductas de riesgo y unos resultados de riesgo. Da un gran peso para la aparición de las conductas de riesgo en adolescentes a la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación, los cuales son un elemento fundamental en mantener una parte de la población adolescente “en riesgo”.

La principal implicación que tiene esta teoría para la prevención es que un abordaje comprensivo es más eficaz que un abordaje parcial. Además, se deben reducir los factores de riesgo y aumentar los de protección con la idea de un cambio en el estilo de vida, especialmente en aquellos jóvenes que viven en ambientes sociales adversos. Pero, quizás uno de los principios que subyace a la teoría de Jessor es no cargar toda la responsabilidad en el individuo ya que también tiene un gran peso la responsabilidad del contexto social, por lo que también se requieren cambios en el mismo.





# FASE II: IDENTIFICACIÓN DE RECURSOS







## FASE II: IDENTIFICACIÓN DE RECURSOS

La efectividad y la sostenibilidad de los esfuerzos preventivos deben basarse en una dotación adecuada de recursos internos y externos, tanto de la propia organización como de sus niveles de coordinación con otras instancias. De igual modo, se debe contar con un grado específico de preparación de la comunidad que, a su vez, viene determinada por los mediadores de esa comunidad.

Existen tres elementos básicos a la hora de valorar la capacidad de nuestra organización que son los niveles y tipos de recursos con los que se cuenta para cubrir las demandas que conlleva la implementación del programa:

1. Determinar nuestra capacidad interna (humana, técnica y financiera).
2. Medir la capacidad externa (humana, técnica y financiera).
3. Identificar y captar a los colaboradores de la comunidad.



<b>B.- IDENTIFICACION DE RECURSOS</b>	<b>I.- Examinar los recursos internos y las habilidades y capacidades de los componentes del equipo gestor de la intervención preventiva</b>	<b>II.- Examinar e identificar los recursos propios de la comunidad sobre la que se va a actuar</b>	<b>III.- Identificar y “reclutar” agentes comunitarios y crear redes de colaboración</b>
<b>I.- Examinar los recursos internos y las habilidades y capacidades de los componentes del equipo gestor de la intervención preventiva</b>	1.- Valorar el nivel de competencia de responsables y técnicos del equipo del programa en aspectos como: administración de recursos, capacidad planificadora, comunicación, toma de decisiones, resolución de conflictos y creatividad	1.- Examinar el grado de conocimientos sobre el problema de drogas que posee la población afectada y la asunción de roles de liderazgo en salud comunitaria.	1.- Identificar potenciales colaboradores y participantes para conformar equipos de trabajo
<b>II.- Examinar e identificar los recursos propios de la comunidad sobre la que se va a actuar</b>	2.- Examinar habilidades para: - Contactar con el tejido social y con los informantes clave de la comunidad - Tener alcance a los mediadores de la comunidad, voluntarios y participantes en el programa - Movilizar grupos de personas que se impliquen en la acción preventiva	2.- Determinar las normas comunitarias relevantes sobre conductas de abuso de drogas	2.- Valorar apoyos locales disponibles (fundaciones, organizaciones y asociaciones del entorno, agrupaciones de comerciantes...)
<b>III.- Identificar y “reclutar” mediadores y crear redes de colaboración</b>	3.- Valorar las necesidades técnicas, de seguimiento y evaluación de los destinatarios	3.- Identificar mediadores y valorar su competencia y acceso a recursos que puedan dar soporte a las acciones que se desarrollen	
	4.- Determinar los recursos financieros y costes de la implementación		

## Glosario de términos

**Capacidad de diseminación:** Grado en que un programa está preparado para su utilización por otras personas en un ámbito determinado. En ella intervienen la disponibilidad de materiales, la facilidad de aplicación, los mecanismos de difusión, los costes, etc.

**Mediadores:** Personas que actúan como mediadores en un programa, no sólo facilitando la participación del grupo objetivo en las actividades sino también poniendo a los individuos en situación de que tales actividades afecten a su conducta en la dirección prevista. Pueden ser profesionales (por ej. Profesores) o no profesionales (voluntarios, padres, etc.)

**Competencia cultural:** Significa ser capaz de entender y apreciar las diferencias y similitudes culturales intra e intergrupales. Para los trabajadores de la prevención, ser culturalmente competente o sensible requiere tanto la habilidad como el deseo de acercarse a los valores en que se basa la comunidad con la que se está trabajando, sus tradiciones y sus costumbres. Desde este punto de vista, la competencia cultural es la capacidad de los profesionales que trabajan en prevención para incorporar consideraciones étnicas y culturales en todos los aspectos del trabajo preventivo.

**Recursos para la prevención:** Medios materiales y humanos para la realización de programas de prevención. A título de ejemplo, en España, si una persona o un grupo desea implicarse en intervenciones preventivas puede explotar la obtención de recursos en los siguientes ámbitos: Administración Central, Administración Autonómica, Administración Local y numerosas organizaciones sociales.

Alonso, Salvador et al. (2004)





## PASO I: DETERMINAR LA CAPACIDAD INTERNA DEL EQUIPO DE GESTIÓN

Según Lusthaus, Anderson y Murphy (1995), la capacidad interna del equipo de gestión se puede traducir en una serie de requisitos que se organizan del siguiente modo:

1. Liderazgo estratégico: Supone contar con el ejercicio explícito del liderazgo (cultura de dirección, desarrollo de recursos, etc.); capacidad de planificación estratégica (evaluación del entorno, desarrollo de tácticas para alcanzar objetivos y metas, etc.); estructura (asignar roles y responsabilidades, sistemas de coordinación, sistemas de control, etc.); capacidad de dirección (estructura legal, procesos de toma de decisiones, métodos directivos, contactos externos...)
2. Sistemas, procesos o dimensiones de los recursos humanos: Planificación de los recursos humanos (reclutamiento, selección y orientación); formación y desarrollo profesional (dirección, seguimiento y evaluación del desempeño); manejo de incentivos, equidad, etc.
3. Recursos nucleares: Infraestructura (sistemas, equipamientos, herramientas); tecnología (comunicación, información...) y financieros (planificación financiera, dirección y seguimiento contable y sistemas de auditoría financiera).

4. Dirección de programa: Planificación (identificación de necesidades, establecimiento de objetivos, valoración de alternativas y desarrollo de sistemas de evaluación); implementación (registro de participación y coordinación de actividades) y seguimiento (sistemas de evaluación de proceso y comunicación de feedback a los mediadores).
5. Dirección de procesos: Planificación (identificación de necesidades, búsqueda de alternativas, establecimiento de objetivos y prioridades, desarrollo de actividades y de sistemas de evaluación); solución de problemas y toma de decisiones (definición de problemas, búsqueda de alternativas, elección de soluciones y seguimiento de las decisiones); comunicación (intercambio de información, registro y transmisión de información a los miembros de la organización) y seguimiento y evaluación (registro de datos, valoración de la ejecución, utilización de la información, introducción de cambios en la organización y en el programa).





## PASO II: EVALUAR LA CAPACIDAD EXTERNA

Las investigaciones y la experiencia sobre prevención comunitaria identifican como un elemento básico el nivel de preparación de la comunidad para asumir el programa o la intervención preventiva. La preparación comunitaria se refiere al grado de conocimiento y toma de conciencia del problema, el interés que suscita y la capacidad y habilidad de esa comunidad para iniciar y soportar las iniciativas preventivas que se desarrollen.

Según Edwards et al. (2000), y en la misma línea que los hallados por el NIDA, existen nueve estadios de preparación de la comunidad:

**Tolerancia comunitaria:** Existen normas tolerantes y a favor del comportamiento que queremos modificar.

**Negación:** No existe reconocimiento, o éste es muy pequeño, acerca de las evidencias del problema.

**Reconocimiento vago:** Creencia general de la existencia del problema, pero el reconocimiento se basa sólo en uno o dos incidentes.

**Pre-planificación:** Hay un reconocimiento del problema, una identificación de los líderes, pero una escasa planificación acerca de cómo afrontar los problemas y los factores de riesgo.

**Preparación:** La planificación está lista y enfocada a aspectos prácticos, incluso existen líderes activos.

**Iniciación:** Existe suficiente información que justifica el programa de prevención y altas expectativas respecto al inicio del programa.

**Institucionalización:** Más de un programa de prevención está ya desarrollándose, pero puede que no sea de forma estable.

**Consolidación/expansión:** Existen programas estandarizados que son asumidos como un valor integrado por la comunidad; están siendo desarrollados nuevos programas en orden a alcanzar a poblaciones de más alto riesgo. La evaluación es regular y más sofisticada.

**Profesionalización:** Existe un detallado conocimiento de la prevalencia, los factores de riesgo y la efectividad de los programas existentes. La programación se diseña sobre necesidades y factores de riesgo concretos e identificados y el equipo posee una alta capacitación.



## PASO III: CREAR ESTRUCTURAS DE COLABORACIÓN

Crear estructuras de colaboración es el proceso a través del cual distintas agencias, organizaciones o grupos configuran un equipo de trabajo para afrontar una misión común. Esto genera un efecto de capitalización a través de la suma de los otros programas o actividades que desarrollan esas otras organizaciones.

La estructura de colaboración estará formada por aquellos individuos que están muy interesados en el problema específico o, de modo más general, en la prevención del abuso de drogas. Los padres representan un elemento obvio, pero también pueden incluirse los medios de comunicación, profesionales del medio escolar, de la salud, de los servicios sociales, instancias legales y judiciales, etc.

Algunos de los posibles beneficios de crear estas estructuras de colaboración serían:

- Simplificar y facilitar el proceso de evaluación de necesidades.
- Identificar déficits en los servicios y trabajar juntos para cubrirlos.
- Expandir la disponibilidad de servicios dentro de programas cooperativos.

- Proveer de mejores servicios a través de la creación de redes de intercomunicación acerca de las necesidades de los participantes.
- Aportar diversas perspectivas a través de los miembros que poseen distintas experiencias.
- Reducir la competitividad para intervenir sobre los problemas.
- Establecer cauces de comunicación con más organizaciones de la comunidad y, de este modo, hacer llegar a más amplios segmentos de la comunidad las iniciativas que se desarrollan.
- Amplificar la visibilidad de las actuaciones a través de los medios de comunicación y la comunidad.
- Facilitar el intercambio formativo para los miembros de los equipos.
- Rentabilizar recursos y eliminar la duplicación de esfuerzos.



## ANEXO 2

# PRINCIPALES FUENTES DE RECURSOS PARA LA PREVENCIÓN

Para obtener los recursos necesarios de cara a la aplicación de programas de prevención en nuestro país, podríamos citar, de modo sintético, los siguientes ámbitos:

### *Administración Central:*

El órgano de coordinación de las actuaciones que se realizan en materia de drogodependencias en el conjunto del estado es la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, dependiente del Ministerio del Interior. Entre los numerosos recursos que pueden obtenerse de este organismo, podemos citar:

- Centro del Información y Documentación: Dispone de un importante fondo bibliográfico (libros, publicaciones periódicas, videos...) que puede ser consultado in situ, o mediante correo, fax, e-mail o página web. Uno de los aspectos más interesantes para los planificadores y ejecutores de programas preventivos es la importante colección de programas, materiales e instrumentos preventivos, tanto nacionales como internacionales, que puede encontrarse en este centro. Su dirección electrónica es: [cendocu@pnd.mir.es](mailto:cendocu@pnd.mir.es).

- Observatorio Español sobre Drogas: Como se comentó en el anexo 1, lleva a cabo el Programa de Encuestas Nacionales (encuestas domiciliaria y escolar) que poseen un gran valor para la aplicación de programas preventivos. Pero, el Observatorio no es sólo eso: integra un amplio abanico de fuentes de información, procedente de instituciones públicas y privadas, que aportan información actualizada sobre diferentes aspectos relacionados con los consumos de drogas, las drogodependencias y los problemas sanitarios y sociales asociados a ellas.

El Observatorio edita periódicamente un informe donde se agrupan diez grupos de indicadores sobre diferentes vertientes del fenómeno (sociológicos, sanitarios, preventivos, asistenciales, de oferta...). Estos informes pueden consultarse en la página web de la Delegación: [www.mir.es/pnd](http://www.mir.es/pnd).

- Convocatorias anuales para financiación de proyectos de prevención, tanto de investigación como de carácter aplicado.

También existen otros organismos de la Administración Central que pueden ofrecer asesoramiento y, eventualmente, ayudas económicas para el desarrollo de programas de prevención: entre ellos, los Ministerios de Sanidad; Educación, Cultura y Deporte; Trabajo y Asuntos Sociales, etc.

### *Administración Autónoma.*

Todas las Comunidades y Ciudades Autónomas disponen de un Plan Autonómico sobre Drogas que, dependiente de una u otra Consejería (generalmente de Salud o de Asuntos Sociales), tienen las competencias de la planificación y realización de los programas preventivos en sus respectivos territorios. Estos planes autonómicos disponen de un Comisionado Autonómico sobre Drogas en cuya oficina existe un departamento especializado en prevención. En ellos se pueden obtener asesoramiento, documentación, materiales y, eventualmente, financiación para aplicar programas de prevención.

## *Administración Local.*

Algunas diputaciones, cabildos insulares y numerosos ayuntamientos de más de 20.000 habitantes disponen de Planes Locales o Municipales sobre Drogas. Ellos han sido los primeros impulsores de los programas de prevención en nuestro país y la mayoría desarrollan programas de carácter escolar, comunitario y familiar. En estos planes pueden encontrarse cuantiosos recursos aprovechables en programas de prevención.

En cualquier caso, la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) dispone de un Programa de Drogodependencias donde pueden aportar información sobre planes municipales existentes en España, principales programas que se llevan a cabo, recursos existentes y catálogos de buenas prácticas, como se recoge en el Anexo 3 de esta guía.

## *Organizaciones sociales.*

Finalmente, nuestro país posee un tejido asociativo muy amplio y con un sector de organizaciones sociales especializado en el ámbito de la prevención (organizaciones de padres, juveniles, culturales, deportivas, específicas del sector de las drogas...) que pueden aportar experiencia y recursos de gran interés en la realización de programas preventivos.

El listado de las principales asociaciones de ámbito nacional puede encontrarse en la web de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y, las de ámbito autonómico y local, en los respectivos Planes Autonómicos y Municipales sobre Drogas. En los Anexos 3 y 4 de esta guía se referencian explícitamente algunas de las principales ONG y los programas de prevención concretos que están impulsando.



# FASE III: SELECCIÓN DE PROGRAMAS









## FASE III: SELECCIÓN DE PROGRAMAS

Los esfuerzos por conseguir resultados positivos de la intervención preventiva se verán incrementados si se seleccionan programas de los denominados “basados en la evidencia científica”, ya que eso significa que se trata de programas que han demostrado sus resultados positivos de modo consistente y constante a lo largo del tiempo y tras repetidas aplicaciones.

La guía norteamericana recomienda seleccionar programas que en la clasificación del CSAP se encuentren bajo los epígrafes de “prometedores”, “efectivos” o “modelos”. Como se expone más adelante, en nuestro país no disponemos de una clasificación semejante, no obstante sí pueden identificarse programas que concitan un determinado grado de consenso entre las instituciones y profesionales que se ocupan de la prevención.

Se consideran programas basados en la evidencia científica a aquellos que están conducidos por una teoría e incluyen actividades basadas en los postulados que contempla esa teoría. Es importante que el enfoque de nuestros programas sea plausible y para ello la revisión de modelos teóricos puede ayudar a alcanzar este estatus. Además, el conocimiento de la literatura científica puede contribuir a refinar nuestra hipótesis de trabajo del programa.



En síntesis, podría afirmarse que la revisión de los modelos teóricos ya existentes –cuyo resumen se recoge en el Anexo 1- optimiza las oportunidades de conseguir resultados positivos en la intervención actual que pretendemos desarrollar.

Existen bases de evidencia científica y selección de programas basados en los criterios de rigurosidad que ayudan a identificar, revisar, catalogar y diseminar los programas efectivos en prevención. Como se apuntaba más arriba, pueden clasificarse en:

- Los denominados programas “prometedores”, que constituyen la primera categoría del continuum, son aquellos que han demostrado resultados positivos, pero aún no han validado la consistencia de esos resultados en el tiempo o la evaluación a la que han sido sometidos todavía no es lo suficientemente rigurosa para demostrar esa consistencia.
- Los programas “efectivos”, que sí han demostrado un patrón de consistencia en sus resultados positivos.
- Los programas “modelo”, que poseen resultados consistentes y fácil capacidad de diseminación con ayuda técnica de quienes conocen la aplicación del programa.

## **Pasos para facilitar la selección de un programa de intervención**

Una vez que se tiene claro cuáles son las necesidades sobre las que actuar, las relaciones entre los factores de riesgo y protección encontrados en la evaluación de la realidad sobre la que pretendemos intervenir, la población y área geográfi-

ca y cómo todo ello está contribuyendo al problema de uso de drogas detectado, es el momento de pasar a elegir qué programa vamos a implementar. Es difícil identificar un programa que se adapte con total fidelidad al escenario y condiciones particulares definidas anteriormente, por lo que hay que encontrar el punto de equilibrio entre fidelidad y adaptación.

Los pasos a seguir para seleccionar el programa, basándonos en la evidencia científica, son:

1. Examinar qué programa basado en la evidencia se aproxima más a las condiciones y datos resultantes del análisis de necesidades que hemos realizado.
2. Determinar cómo la teoría y resultados del programa basado en la evidencia preseleccionado se ajustan a nuestras condiciones. Esto es, si los resultados finales descritos en el programa basado en la evidencia se parecen a las metas que hemos propuesto y si los objetivos a corto plazo que hemos definido se aproximan a los resultados a corto plazo obtenidos en el programa basado en la evidencia que estamos considerando a priori como posible.
3. Centrar la selección en los programas que se adecuen a nuestra capacidad, metas y objetivos.
4. Asegurar que la elección realizada refleje las características de la población y comunidad en la que se va a intervenir. No todos los programas basados en la evidencia científica se adaptan a las distintas características culturales de cada comunidad.
5. Contactar con otros grupos y profesionales que hayan implementado la iniciativa seleccionada para recibir información sobre su experiencia de aplicación.



6. Evaluar los recursos que serán necesarios en función de los requerimientos del programa concreto que se haya seleccionado.
7. Repetir este proceso para otros programas que también hayan sido preseleccionados como potencialmente viables y hacer una comparación de *pros* y *contras* de cada uno de ellos.
8. Solicitar ayuda a un evaluador experto para llevar a cabo esta selección si fuera necesario. Corregir y retocar la hipótesis de trabajo inicial si es preciso para realizar la selección del programa.

La evolución que los programas de prevención han experimentado en las últimas décadas permite disponer en la actualidad de programas diseñados para poblaciones y factores de riesgo específicos y obtener resultados concretos.

Los conocimientos basados en la evidencia científica han sido estudiados, testados o investigados de modo estandarizado. Los programas basados en la evidencia científica son programas que se basan en teorías. Esto significa que existe un cuerpo conceptual bien desarrollado acerca de qué y cómo se debe abordar la intervención. Además están razonablemente bien evaluados, aportando resultados fiables.

Las ventajas y desventajas de utilizar programas basados en la evidencia científica son:

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE UTILIZAR PROGRAMAS BASADOS EN LA EVIDENCIA CIENTIFICA	
VENTAJAS	DESVENTAJAS
Los programas basados en la evidencia son más apropiados para trabajar desde una perspectiva rigurosa que los programas no validados	Los programas basados en la evidencia pueden ser difíciles de implementar con fidelidad.
Estas iniciativas siempre serán más y mejor aceptadas por los organismos administrativos y públicos que luego deben avalarlos y/o financiarlos.	Pueden ser más costosos de implementar inicialmente ya que suelen tener un coste por derechos de autor añadido.
Disponen de mayor bagaje de aplicaciones previas y por ello permiten consultar las aplicaciones anteriores que nos servirán de referencia válida	Requieren un equipo bien formado y entrenado y experiencia práctica acumulada en la aplicación de programas
Los programas basados en la evidencia poseen una base de investigación documentada que incluye los procedimientos utilizados para su validación, por lo que son fáciles de evaluar al disponer de diseños ya creados para este fin.	Adaptar iniciativas basadas en la evidencia científica a necesidades locales requiere atención cuidadosa a los componentes nucleares, que son los elementos esenciales para obtener resultados positivos de su aplicación.



C. SELECCIÓN DE PROGRAMA	I. Delimitar ámbitos de concentración de riesgo	II. Identificar y priorizar los factores de riesgo y protección más relevantes en la población objeto de intervención	III. Examinar las opciones basadas en la evidencia científica	IV. Buscar el equilibrio entre fiabilidad del modelo teórico y su adaptación al diseño del programa de intervención	V. Seleccionar la opción más adaptada
<b>I. Delimitar ámbitos de concentración de riesgo</b>	1.- Si el ámbito de actuación no está predeterminado: - Guiarse por la hipótesis de trabajo, priorizando los factores de riesgo contenidos en los objetivos definidos de prevención o reducción del uso de drogas	1.- Considerar las valoraciones individuales adicionales que permitan establecer los ámbitos donde se concentra más el problema	1.- Utilizar las fuentes de registro sobre programas eficaces disponibles, examinando cada opción de programa en función de:	1.- Comprender la base teórica que sustenta cada opción de programa	1.- Desarrollar un modelo lógico y comprensible del programa seleccionado
<b>II. Identificar y priorizar los factores de riesgo y protección más relevantes en la población objeto de intervención</b>	2.- Seleccionar los dominios de intervención después de haber considerado:	2.- Ajustar la hipótesis de trabajo para que refleje el ámbito de concentración de riesgos y la información adicional	- La hipótesis de trabajo, metas y objetivos y características sociales y culturales	2.- Localizar los componentes centrales de cada opción, contar con referencias de aplicaciones anteriores de los programas	2.- Consultar a la organización y la comunidad en la que se va a implementar el programa
<b>III. Examinar las opciones basadas en la evidencia científica</b>	- La priorización de riesgos - Las capacidades técnicas - Los recursos comunitarios disponibles		- La capacidad del equipo, técnica y financiera	3.- Determinar qué adaptaciones serán necesarias para adecuarlo a la población definida y el entorno comunitario concreto de aplicación	3.- Contar con el asesoramiento de evaluadores expertos que ayuden a realizar la selección
<b>IV. Buscar el equilibrio entre fiabilidad del modelo teórico y su adaptación al diseño del programa de intervención</b>			- Otros programas que ya se estén aplicando		4.- Desarrollar un plan general de acción para anticipar posibles obstáculos que aparecerán a lo largo de la aplicación
<b>V. Seleccionar la opción más adaptada</b>					

ACHIEVING OUTCOMES: A Practitioner's Guide to Effective Prevention. Substance Abuse and Mental Health Services Administration SAMHSA. CSAP 2002.



## Glosario de terminos

**Adaptación:** Modificación realizada en el diseño de una intervención para ajustarlo a las condiciones de aplicación o a las características de la población destinataria. Puede incluir cambios cuantitativos o cualitativos de los componentes, cambios en la audiencia, en las condiciones de aplicación y/o en la intensidad de la aplicación o de la distribución.

**Componentes centrales:** Elementos de un programa cuya presencia se ha demostrado que es esencial para lograr resultados positivos. Son aquellos elementos de un programa que definen su naturaleza y que los análisis realizados desde la teoría, desde un modelo lógico y desde la evidencia empírica, muestran que son los que más probablemente explican sus efectos principales.

**Fidelidad:** Concordancia o grado de acuerdo de una estrategia o modelo de programa reproducido con las especificaciones del original.

**Programas basados en la evidencia científica:** Programa que está basado en una teoría contrastada, que plantea actividades relacionadas con esa teoría y que ha sido razonablemente bien implementado y adecuadamente evaluado.

Alonso, C., Salvador, T., et al. (2004)







## PASO I: DELIMITAR ÁMBITOS DE CONCENTRACIÓN DE RIESGO

La investigación ha demostrado que los programas de prevención más efectivos son aquellos de múltiples dominios o ámbitos de intervención, representados básicamente en instituciones sociales como la familia y la comunidad.

La configuración del equipo de colaboradores comunitarios que hemos descrito en la fase II es lo que hará posible simultanear varios dominios o ámbitos de intervención a lo largo de la implementación de las fases de desarrollo de la intervención preventiva.

Pero si nuestra capacidad es limitada y los agentes comunitarios que van a colaborar reducidos, sólo podremos actuar en uno o dos ámbitos simultáneos. En este caso, para seleccionar los ámbitos prioritarios debemos considerar:

- Las prioridades acerca de los factores de riesgo y protección identificados en la población definida
- Nuestras posibilidades y capacidades para actuar en esos ámbitos de riesgo y protección anteriores
- El/los ámbitos en los que dadas las posibilidades humanas y financieras son los más apropiados para conseguir cambios positivos.





## PASO II: PRIORIZAR FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN DE CONCENTRACIÓN

En primer lugar, debe completarse la evaluación a nivel individual respecto a cómo se dan los factores de riesgo y protección en el ámbito seleccionado para intervenir.

Una vez especificadas la cualidad y especificidad de la presencia y peso de los factores en la población del ámbito de intervención, debemos priorizar el orden de importancia de estos factores. Con ello habremos ajustado definitivamente la hipótesis de trabajo.





## PASO III: EXAMINAR LAS OPCIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

Con la ordenación de prioridades establecida en el punto anterior podemos volver a revisar las opciones de programas basados en la evidencia científica que ya habíamos preseleccionado con anterioridad. Para ello ya existen “matrices de comparación” y selecciones de programas avalados institucionalmente en distintas instancias.





## PASO IV: BUSCAR EL EQUILIBRIO ENTRE FIDELIDAD DEL MODELO Y ADAPTACIÓN A LAS NECESIDADES DE NUESTRA REALIDAD

Lo lógico es que no exista plena sintonía entre los modelos teóricos y las necesidades y características de la población con la que pretendemos trabajar. Encontrar un balance apropiado entre fidelidad (el rigor con que una intervención se atiene a los postulados y descripciones del desarrollo de un modelo) y adaptación (las modificaciones para poder realizar la intervención) es uno de los retos más frecuentes a los que se enfrentan los profesionales de la prevención aplicada. Los cambios y adaptaciones están legitimados si con ellas se incrementa el nivel de efectividad de los resultados.

Para realizar esta adaptación deben darse los siguientes pasos:

- **Identificar y comprender la teoría base del programa.** Las teorías y modelos no son en sí mismos componentes nucleares de un programa, pero pueden ayudar a identificar esos componentes. Además, disponer de un modelo teórico de base puede ayudar a explicar mejor la intervención y a clarificar las asunciones fundamentales que deben transmitirse y ser compartidas por los mediadores comunitarios que colaborarán en el desarrollo del programa.
- **Localizar un método de análisis de componentes nucleares.**



- **Testar sólo los resultados del análisis de necesidades inicial que afectan a esos componentes, para concluir qué adaptaciones hay que realizar exclusivamente centrándonos en ellos.** Esto puede dar lugar a tener que completar el análisis de necesidades en aspectos más específicos, ciertas condiciones o características, que no se habían contemplado en el estadio inicial de valoración de necesidades.
- **Valorar la relación fidelidad/adaptación.** Determinar qué adaptaciones son necesarias dadas las características del entorno y las circunstancias sociales concretas del entorno en el que se va a aplicar el programa.
- **Consultar con profesionales que hayan aplicado ese programa anteriormente.** Debencotejarseespecialmenteaspectosrelacionadosconlaimplementación del programa, dificultades, adaptaciones que tuvieron que realizarse, etc.
- **Consultar con otras organizaciones implicadas y con la comunidad en la que se va a implementar.** Esta fase es importante para vencer resistencias, buscar alianzas de apoyo y soporte del programa y contar con fuentes estables de información durante la implementación.
- **Desarrollar el diseño del plan de implementación.** El plan de implementación debe incluir la estrategia para obtener medidas de la fidelidad/adaptación a lo largo de su desarrollo y ayuda a aumentar las posibilidades de corrección durante el propio proceso.



## ANEXO 3 FUENTES DE DATOS Y UTILIZACIÓN



### Los programas de prevención de drogodependencias en España.

La situación de los programas de prevención de drogodependencias en España es bastante irregular. Mientras la escuela sigue siendo el ámbito de actuación más privilegiado, tanto por su nivel de implantación como por la calidad de sus programas, otros ámbitos como el familiar y el laboral son francamente deficientes. El ámbito comunitario ocupa una posición intermedia pues, aunque no dispone del grado de desarrollo de los programas escolares, posee una riqueza y una variedad de experiencias que le sitúan muy lejos de los programas familiares y laborales.

Todo ello se traduce lógicamente en una mayor o menor accesibilidad a buenas prácticas que puedan servir de referencia a los técnicos de la intervención preventiva en España.

Si nos ceñimos a los programas escolares, puede afirmarse con rotundidad que actualmente disponemos en nuestro país de programas de gran calidad que demuestran su eficacia de cara a la prevención y que además son fácilmente

aplicables desde los centros educativos cuando se dan unas condiciones mínimas necesarias como la formación del profesorado y la disponibilidad de los materiales adecuados.

Aunque durante años se ha producido una ingente cantidad de materiales pedagógicos orientados a la prevención de drogodependencias en nuestro país (algunas estimaciones superan los 600), los responsables de prevención de los Planes Autonómicos sobre Drogas y de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas han realizado un gran esfuerzo para recoger la información relativa a la aplicación de programas de prevención escolares con el objetivo de conocer sus características y su grado de implantación.

Como resultado de este análisis han seleccionado una serie de programas más o menos estructurados que se aplican en el aula y que cuentan con materiales editados para ello. Aunque existe una gran variabilidad respecto a determinadas características de estos programas (número de sesiones de aplicación en el aula, tipo y duración de la formación del profesorado, tipo de contenidos...), todos poseen una serie de similitudes importantes: todos ellos son multicomponentes y abordan, además de la información sobre las consecuencias de las drogas, aspectos como el entrenamiento en habilidades sociales que incluye técnicas de asertividad, la educación para una toma de decisiones que potencie el desarrollo de un pensamiento crítico, técnicas de control emocional para afrontar situaciones que generen ansiedad o ira, proyectos de autosuperación, actividades de ocio y tiempo libre para satisfacer la búsqueda de sensaciones nuevas y educación para el desarrollo de la tolerancia y la cooperación. De igual modo, la mayoría contempla algún tipo de intervenciones con las familias. Finalmente, en cuanto a la evaluación, existe en prácticamente todos los casos una evaluación de procesos y en varios de ellos una incipiente evaluación de resultados.



Aunque no existe una selección similar en el ámbito comunitario, se ha considerado interesante utilizar un catálogo realizado por la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) a partir de una convocatoria pública realizada a todos los municipios españoles. Esto no agota ni mucho menos la gran variedad de programas que se llevan a cabo en este ámbito, pero sí puede significar una muestra suficientemente representativa de este tipo de programas.

Finalmente, si bien durante los últimos años se han hecho ingentes esfuerzos por parte de las instituciones públicas y la iniciativa social para impulsar programas familiares y laborales, lo cierto es que no resulta factible reunir una muestra consistente de programas que posean un grado de estructuración, persistencia e implantación que les haga acreedores de ser catalogados como referentes de buenas prácticas.

## 1. Programas escolares.

El siguiente catálogo ha sido extraído de la “Guía para la prevención de las drogodependencias. Cuaderno del profesor” elaborada en el marco del programa escolar “Sinesio”, impulsado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las Comunidades Autónomas.

### - “Construyendo Salud”.

Se trata de la adaptación española de uno de los programas mejor evaluados en el campo de la prevención de las drogodependencias: el programa de Entrenamiento en Habilidades de Vida de G. Botvin. Está adaptado a la realidad española por el equipo de María Angeles Luengo, profesora de la Universidad de Santiago de Compostela. Ha sido impulsado en el marco del Convenio de colaboración de los Ministerios de Educación, Sanidad e Interior para promover la Educación para la Salud en la Escuela.

Se dirige a niños y adolescente de 11 a 15 años.

Consta de trece unidades diseñadas para ser aplicadas en 17 sesiones de clase de 50 minutos.

Aborda información sobre el tabaco, el alcohol y otras sustancias así como habilidades y recursos personales que protegen frente al consumo de drogas.

- **“Entre todos”.**

Consiste en una adaptación y ampliación del programa “Construyendo Salud”, aunque amplía las materias añadiendo una de valores e incluye un espacio para las familias. El programa ha sido adaptado y está siendo impulsado por la Asociación Proyecto-Hombre. Gracias al aprovechamiento de la gran red de profesionales y voluntarios de que dispone esta asociación y su implantación en toda la geografía nacional, la expansión de este programa se está produciendo de un modo muy rápido.

Se dirige a adolescente de 12 a 15 años.

Consta de 17 unidades didácticas agrupadas en nueve materias, diseñadas para ser aplicadas en 21 sesiones de tutoría de 50 minutos. El programa familiar contempla actividades para realizar en casa y sesiones en el centro escolar.

- **“En la huerta con mis amigos”.**

Es un método para contribuir a la maduración psicoafectiva, a la adquisición de hábitos de salud y al inicio del trabajo preventivo en edades muy tempranas. Es una adaptación de un programa canadiense. Se aplica en varias CC.AA. y ampliamente en la Comunidad de Madrid.

Se dirige a niños de 3 a 11 años.

Consiste en la lectura y realización de actividades complementarias de 18 cuentos con situaciones parecidas a las que viven los niños pero protagonizadas por hortalizas.

- **“La aventura de la vida”**

Es un programa de prevención que opta por la Educación para la Salud como estrategia más válida para trabajar con el alumnado y con la comunidad educativa en su



conjunto. Elaborado por la asociación EDEX, ha alcanzado una gran expansión en nuestro país y se aplica con gran aceptación en numerosos países de América Latina.

Se dirige a escolares de 8 a 11 años.

Incluye 36 historias agrupadas en cuatro áreas: autoestima, habilidades para la vida, drogas y hábitos saludables. Las historias están plasmadas en álbumes de cromos, de los que existe uno diferente para cada curso (3º, 4º, 5º y 6º).

- **“¡Ordago! El desafío de vivir sin drogas.**

El programa se sustenta en una herramienta concreta y práctica (pack de cuadernillos) que permite implantar en el medio escolar y los ámbitos familiar y comunitario un proceso dirigido a modificar los factores asociados al consumo abusivo de drogas por parte de los jóvenes. Adaptado de un programa canadiense por la asociación EDEX, se aplica en diferentes Comunidades Autónomas de nuestro país pudiendo afirmarse que es el que posee una mayor cobertura de población escolarizada.

Se dirige a adolescentes de 12 a 15 años.

Contempla una sesión de cuatro horas con el profesorado y veinte sesiones con el alumnado, distribuidas a lo largo de los cuatro niveles de ESO: siete en primero, seis en segundo, cuatro en tercer y tres en cuarto. También incluye cuatro sesiones con padres y madres.

- **Tú decides.**

Es un programa evaluado de prevención escolar que trata de mejorar las habilidades del adolescente para la toma de decisiones basándose en un mejor conocimiento y manejo de las circunstancias en las que se da la oferta de drogas en conexión con otras problemáticas del adolescente. Uno de los programas de prevención pioneros y más clásicos de nuestro país, tiene su origen en el Consell Insular de Mallorca y ha tenido una gran implantación en las Baleares y Cataluña.

Se dirige a la población adolescente de 12 a 15 años.

Se trabaja grupalmente y con la ayuda del profesor en cuatro historietas de “cómic” en las que se representan diversas situaciones habituales en la vida social del adolescente manejando contenidos informativos, mitos sobre las drogas y presión de grupo.

La duración del programa es de siete horas e incluye una sesión con padres y madres.

- **“Discover”.**

Partiendo del principio de que en el consumo de drogas intervienen actitudes individuales, potenciadas de estilos de vida que pueden ser de alto o bajo riesgo, el programa plantea la reducción de dichos riesgos. Es un programa muy completo pero, a la vez, muy complejo que actualmente distribuye la asociación EDEX.

Consta de ocho niveles, cada uno de ellos destinado a un grupo de edad entre los 3 y los 16 años. Se basa en la toma de decisiones responsables y se estructura en tres grandes bloques de contenidos: a) desarrollo de la autoestima, b) información sobre drogas y c) habilidades para tomar decisiones y construir relaciones.

Cada nivel consta de una guía para el profesor, un libro del alumno y fichas para la familia.

- **“Prevenir para vivir”.**

Conjunto de actividades dirigidas a sistematizar la prevención en el contexto escolar. Estas actividades son compatibles con las actividades propias de las diversas áreas de conocimiento, insertándose en el currículo escolar. El programa, creado e impulsado por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) tiene una importante extensión en varias Comunidades Autónomas (Valencia, Andalucía, Madrid...)

Se dirige a niños y adolescentes de 3 a 15 años.

Con un enfoque eminentemente práctico, la estrategia que sigue se orienta a facilitar la incorporación de programas de prevención en los centros escolares a través de información, formación, ayuda al profesorado y coparticipación de los padres.

Consta de una guía por cada curso escolar, cuadernillo para el alumno y material para el centro escolar (manuales, vídeos, fichas...).

- **“Cine y educación en valores”.**

Plantea la utilización del cine como herramienta de prevención. Aplicado por diferentes organizaciones sociales entre las que se encuentra la propia FAD.

Se dirige a adolescentes y jóvenes de 12 a 18 años.

Se presenta la película, se enfatizan aquellos valores y actitudes más relevantes y, con posterioridad a la proyección, estos aspectos se trabajan en el aula.

- **“Prevenir en colección”.**

Es un programa que, a través de la implicación de la familia, la escuela y los recursos comunitarios, pretende fomentar la adquisición de actitudes, valores y hábitos de vida saludables en la población infantil. Impulsado por la Agencia Antidroga de Madrid.

Se dirige a niños de 6 a 11 años.

Se aplica mediante sesiones formativas a profesores, padres y entidades comunitarias y directamente con los alumnos. Se apoya en unos materiales muy conocidos como un album de 41 cromos denominado “Cosas de la Vida de Esperanza y Felipe” y el CD-ROM “Esta casa es un enigma”, así como de una guía de aplicación del programa.

- **“Barbacana”.**

Tiene como objetivo favorecer las condiciones necesarias hacia el “no consumo”, y ha sido impulsado por la Universidad de Alicante.

Se dirige a adolescentes entre 12 y 15 años.

El programa está estructurado en 8 sesiones de una duración aproximada de una hora y una periodicidad semanal dentro del horario de clase.

Consta de una material muy variado: cuadernillo del director de las sesiones, cuadernillo del alumno, cuadernillo para la familia, vídeo (con 16 escenas, dos por sesión), cuestionario de evaluación y libro sobre información de sustancias.





- **“Los valores en la literatura”.**

Utiliza la literatura como recurso educativo de cara a la adquisición de valores y habilidades personales. Impulsado por el Plan Autonómico sobre Drogas de Murcia, tiene su mayor implantación en esta Comunidad Autónoma.

Mediante la implicación de los profesores de literatura, ética y/o tutorías de ESO, se trabaja con los alumnos a través de la lectura de obras literarias que ponen de manifiesto factores de riesgo propios de la adolescencia y situaciones conflictivas que permiten trascender el ámbito de la ficción, promoviendo la crítica reflexiva y la toma de postura del lector.

Se dirige a adolescentes de 12 a 15 años.

El manual para tutores consta de nueve cuadernos independientes que recogen materiales educativos y guías didácticas. Existen tres tipos de actividades: de acercamiento al libro, durante la lectura y para después de la lectura.

- **“El valor de un cuento”.**

Igual que en el caso anterior, se basa en la literatura como vehículo para la transmisión de actitudes y valores culturales. El profesor escoge, entre los cuentos seleccionados, aquellos más adecuados en función de las necesidades, características de los alumnos y de los valores formativos que se desea trabajar. Promovido por la FAD.

Se dirige a niños y adolescentes de 6 a 14 años, estructurándose en cuatro bloques: 1º ciclo de Primaria (6-8 años); 2º ciclo de Primaria (8-10 años); 3º ciclo de Primaria (10-12 años) y 1º ciclo de Secundaria Obligatoria (12-14 años). Cada uno de los bloques consta de 4 libros de lectura acompañados de sus guías didácticas.

- **“Tú y la música”.**

Se pretende que la música sea el vehículo para la formación de valores y actitudes y para la formación integral del individuo en última instancia. Desarrolla contenidos variados que entran en el marco de los programas oficiales. También promovido por la FAD.

Dirigido a niños de 6 a 11 años.

Consta de una Guía de Actividades con propuestas didácticas que se refieren a temas que aparecen en el vídeo “Tú y la música”. Este busca hacer pensar a los alumnos

cómo la música influye en la vida cotidiana y ofrece posibilidades de ocio. Los conciertos constituyen la culminación del programa.

- **“La experiencia de educar para la salud en la escuela: PPCDE”.**

El programa trata de aplicar en el aula una serie de contenidos curriculares que tienen como finalidad dotar a la comunidad educativa de instrumentos de trabajo para su afrontamiento racional del consumo de drogas. Se utiliza básicamente en el territorio de la Comunidad Autónoma de Galicia y ha sido impulsado por el Plan de Galicia sobre Drogas.

Se dirige a una población amplia: desde niños de 6 años hasta jóvenes de 18.

Su aplicación consta de 11 sesiones de media por curso y está precedida de una fase de formación al profesorado de 25 horas. El material didáctico está compuesto por una Guía del Profesor, cuadernos del alumno y vídeo.

- **“Límite 0”.**

Trabaja la influencia del alcohol sobre la conducción y los riesgos que se pueden derivar de esta práctica. Realmente consiste en un paquete de materiales que se ha de incorporar dentro de una unidad didáctica para no se ciña exclusivamente a un juego. Impulsado por el Ayuntamiento de Barcelona.

Se dirige a adolescentes de 12 a 15 años.

Plantea siete actividades para llevar a cabo en el aula para desarrollar en siete u ocho sesiones de una hora u hora y media de duración.

Su elemento central es un CD-ROM que se denomina “Límite 0” y que incluye un programa informático interactivo que simula la conducción de un vehículo bajo los efectos de distintos niveles de alcoholemia. También contempla entre sus materiales una guía didáctica, videos de actualidad sobre la relación de los consumos de alcohol y los accidentes de tráfico y un cuadernillo con hojas de ejercicios y cuestionarios de evaluación para cada alumno.



- **“Y tú, ¿qué piensas?”**

El programa consiste básicamente en motivar a profesores y alumnos para el debate en las aulas sobre una serie de temas estrechamente vinculados a la vida de los adolescentes y jóvenes. Promovido por la FAD.

Se dirige a jóvenes de 16 a 18 años.

La actividad se basa en el trabajo con seis dossiers informativos sobre ciertos temas claves: vida en grupo, tiempo libre, publicidad y moda, jóvenes y adultos, relaciones personales y los jóvenes y el mundo. El profesor dispone también de una guía didáctica que le ayuda y orienta sobre el uso de los materiales y la dinamización de los grupos.

- **“Alcazul”**

Es un programa canalizado a través de actividades de tiempo libre y se destina a facilitar el empleo saludable del ocio y a reducir la influencia de ciertos factores de riesgo (búsqueda de sensaciones, actitudes antisociales, presión del grupo de iguales...). Está impulsado por el Plan Autonómico sobre Drogas de Castilla-La Mancha donde goza de una notable implantación en colaboración con numerosos ayuntamientos y posee una metodología comunitaria.

Se dirige a adolescentes y jóvenes de 12 a 18 años.

Se organizan una serie de actividades estructuradas en subprogramas (coordinación, motivación, aventura, deporte, naturaleza, medios de comunicación, etc.).

- **“Comunidad, escuela de salud”**

Programa destinado a la promoción de alternativas saludables en población infantil. Se realiza en colaboración con los ayuntamientos de Castilla-La Mancha y se basa en una metodología comunitaria centrada en el aprovechamiento de los recursos existentes.

Se dirige a adolescentes de 12 a 15 años.

Se organizan actividades muy variadas relacionadas con las áreas de cultura, naturaleza y deporte.

## 2. Programas comunitarios.

Ante la ausencia de una selección similar a la presentada en el ámbito escolar, como explicábamos anteriormente, se ha considerado interesante recurrir a una muestra de buenas prácticas reunidas en una reciente publicación de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) titulada “Primer catálogo de Buenas Prácticas en Drogodependencias” (2003).

El resultado es fruto de un concurso público, convocado por el Programa de Drogodependencias de la FEMP en el marco del convenio de cooperación con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, que se dirigió a todos los municipios de más de 20.000 habitantes. Los criterios seleccionados para definir las mejores prácticas fueron:

- Impacto demostrado del programa.
- Coordinación con entidades públicas y privadas.
- Sostenibilidad.
- Fortalecimiento de la comunidad.
- Innovación y posibilidades de transferencia.
- Metodología de trabajo (se les exigía la adecuación a los “Criterios Básicos de intervención en los programas de prevención de Drogodependencias” aprobados por la Comisión Interautonómica del Plan Nacional sobre Drogas en 1996)
- Planificación y desarrollo integral implicando a las diferentes áreas municipales.



A su vez, los programas municipales se encuadraron en cinco áreas temáticas que coinciden básicamente con la clasificación de programas en el ámbito comunitario que acostumbra a utilizar la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y que fueron:

- Difusión y sensibilización.
- Alternativas saludables al ocio en fin de semana.
- Prevención del alcoholismo juvenil.
- Formación de mediadores sociales.
- Menores en riesgo de exclusión social.

Como se indicaba más arriba, esta selección de programas no tiene un valor equivalente al que posee el catálogo de programas escolares ni, con toda seguridad, será tan accesible para el lector la documentación e instrumentos que los desarrollan. Sin embargo, hemos considerado que tiene un gran interés como muestra del tipo de programas que se están aplicando en nuestro país en el ámbito comunitario, impulsados mayoritariamente por los municipios con la colaboración de la iniciativa social.

## *Programas de Difusión y Sensibilización:*

- **“www.cuandotepasasniteenteras”. Ayuntamiento de Don Benito (Badajoz).**

Se trata de una campaña de concienciación aplicada en el ámbito educativo que resalta la importancia de que las elecciones o decisiones se asienten en procesos conscientes, obedeciendo a propósitos personales y no como fruto de reacciones impulsivas y poco meditadas. Se sitúa en el contexto del Programa “Pacto por la Noche” que se orienta a la prevención del consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes escolares.

Se dirige a jóvenes y adolescentes entre 14 y 18 años, tanto escolarizados entre 1º de ESO y 2º de Bachillerato como asistentes a la enseñanza no reglada (Universidad Popular, centros juveniles, escuelas taller...).

Utiliza una gran variedad de medios de información y sensibilización: página web, exposición, cartelería, guías informativas, debates, etc.

- **“Reducción de los daños producidos por el humo del tabaco”. Ayuntamiento de Gijón.**

Campaña de difusión y sensibilización entre los empleados municipales para reducir los daños producidos por el humo del tabaco.

Las estrategias básicas consisten en edición de carteles y folletos, información para eliminar prejuicios y favorecer nuevas actitudes, oferta de recursos al personal municipal para dejar de fumar y establecimiento de lugares libres de humo del tabaco.

- **“Estrategia de Marketing para las Escuelas de Padres de Prevención de Drogodependencias”. Ayuntamiento de Logroño.**

El objetivo era crear una estrategia que permitiese implantar Escuelas de Padres en todos los colegios de la ciudad y conseguir la mayor participación posible de padres.

Se ha creado un material de promoción atractivo compuesto de una cinta de vídeo que se hace llegar a las familias y un cuestionario de evaluación que incluye preguntas para hacer reflexionar e implicar a los padres en la educación de sus hijos.

Alternativas saludables al ocio de fin de semana.



- **“es.pabila”:** programa de ocio nocturno alternativo. Ayuntamiento de León.

El programa ofrece a los jóvenes recursos y alternativas positivas de tiempo libre habilitando espacios que ofrezcan una manera distinta de relacionarse y emplear el tiempo de ocio y permita una toma de decisiones al existir una opción real alternativa en horarios utilizados habitualmente como plataforma de consumos de drogas legales.

Estructura la población destinataria en tres bloques: de 14 a 17 años, de 18 a 23 años y de 24 en adelante.

Las actividades que ofrece tratan de adecuarse a las necesidades expuestas por los usuarios potenciales y reúne talleres de habilidades sociales, imagen, expresión, plásticos, deporte, fiestas, concursos...El programa posee una estrategia de difusión y de captación de usuarios muy desarrollada.

- **“Torrejón a tope”.** Ayuntamiento de Torrejón de Ardoz (Madrid)

Este programa se inscribe, como todos los de este apartado, en un planteamiento de promoción de la ocupación positiva del tiempo libre de los jóvenes durante el fin de semana fomentando estilos de vida saludables.

Desarrolla dos grandes áreas de actividades: culturales (radio, cuenta-cuentos, cine forum, periódico...) y deportivas (aerobic, fútbol sala, baloncesto...).

La naturaleza de tipo comunitario se refleja en la coordinación del programa que incluye a la mesa de coordinación municipal, a las asociaciones ciudadanas y al propio equipo técnico que lo aplica.

- **Servicio de Atención a la movida.** Ayuntamiento de Málaga.

Aunque el programa es similar en sus planteamientos y objetivos a los anteriores, sus características más novedosas se refieren a los dispositivos que lo integran y que le otorgan una mayor especificad:

- Línea 900: atiende llamadas urgentes y da información.
- Area de descanso: espacio para la reducción de riesgos y daños ubicado en la zona del “botellón”.

- Unidades del Servicio de Atención a la Movida: equipo móvil de apoyo.
- Punto de información: caseta desde la que distribuye material informativo.
- Generación de alternativas: oferta de alternativas de ocio.
- Estudio etnográfico sobre situación de la movida en la ciudad de Málaga.

### *Prevención del Alcoholismo Juvenil.*

- **“Bebe salud”. Ayuntamiento de Cartagena (Murcia).**

Programa de prevención dirigido a reducir la demanda de bebidas alcohólicas y sus riesgos asociados entre la población juvenil del municipio. Busca también cambiar las actitudes hacia el alcohol y retrasar la edad media de inicio.

Contempla diferentes estrategias ceñidas a los respectivos escenarios en los que aplicar la prevención: en los centros educativos y asociaciones se trabaja durante todo el año con talleres preventivos, vídeos, coloquios, comic...y, en las épocas y espacios de mayor consumo de alcohol, se realizan actividades de ocio alternativo y campañas de sensibilización-información.

- **“Educación de calle”. Ayuntamiento de Salamanca.**

La originalidad del programa es que se dirige a los barrios periféricos de la ciudad donde se concentran jóvenes con mayor riesgo, que no acceden a los recursos normalizados y ante los que no existen figuras de referencia para conectarles con la comunidad. Por lo que se implantan seis programas de educación de calle que trabajan siguiendo itinerarios personalizados. También se interviene a nivel familiar y escolar.

- **“¡Mejor 0º!”. Ciudad Autónoma de Ceuta.**

Programa de información y formación para prevenir los riesgos asociados a la conducción bajo los efectos del alcohol, implicando a aquellos agentes que intervienen en la obtención del permiso de conducción como la D.G.T. y las Autoescuelas de la ciudad.





Las actividades, fruto del establecimiento de acuerdos de colaboración con las distintas instituciones y entidades implicadas, consisten en la celebración de acciones informativas y formativas y la elaboración de materiales informativos sobre el tema (dossier, folleto divulgativo, cuestionarios para jóvenes...)

### *Formación de Mediadores Sociales.*

- **“Dos ideas para ayudar a nuestros hijos”. Ayuntamiento de León.**

Trata de informar y sensibilizar a los padres de alumnos de los centros educativos de la ciudad en dos ideas básicas: la necesidad de asistir a las Escuelas de Familias para estar mejor preparados para llevar a cabo la educación de los hijos y la necesidad de recibir formación específica sobre prevención de drogodependencias.

Se han confeccionado “estuches” que contienen un vídeo informativo sobre Escuelas de Familias y Prevención de Drogodependencias, cuaderno informativo, hoja de evaluación y carta de presentación a las familias. Los profesores son los encargados de distribuirlos a las familias. Finalmente, se evalúa el resultado de la intervención.

- **“Formación de mediadores sociales”. Ayuntamiento de Cáceres.**

Ante las dificultades para mantener un discurso educativo riguroso y una metodología homogénea frente a la prevención, se plantea articular todos los recursos de la ciudad, fomentar la conexión y la comunicación entre ellos y avanzar en la construcción de un discurso social alternativo.

Se incluyen acciones centradas en los jóvenes (promoción de alternativas de ocio y tiempo libre), en el ámbito familiar (formando a los padres como agentes preventivos comunitarios) y en los profesores de primaria de los centros escolares de la ciudad.

- **“Formación en Drogodependencias al profesorado de Secundaria”. Ayuntamiento de Algemesí (Valencia).**

En respuesta a la escasa implicación y participación de los profesores de Secundaria, se busca obtener una mayor eficacia en la aplicación de programas escolares clarificando conceptos y actitudes de los profesores.

Se formulan una serie de sesiones formativas de carácter dinámico que incluyen distintas técnicas grupales (análisis de prensa, dramatización, mitos y creencias...)

### *Menores en Riesgo de Exclusión Social.*

- **“Programa de intervención con Menores”. Ayuntamiento de Madrid.**

Sin duda, uno de los programas más amplios y consolidados de intervención con menores en nuestro país (comenzó en 1992). Trata de detectar precozmente a los menores que se inician en el consumo de drogas interviniendo en situaciones de riesgo y ofertando un tratamiento integral a los menores drogodependientes y a sus familias.

Se basa en cuatro estrategias básicas:

- Coordinación con entidades y recursos de la zona.
- Intervención con menores en situación de riesgo siguiendo un estilo “de búsqueda”.
- Orientación y asesoramiento a familias y otros mediadores.
- Tratamientos de los menores en los Centros de Atención a las Drogodependencias de la red municipal.

El programa cuenta con un sistema de información y evaluación muy desarrollado.

- **“Entrenamiento en habilidades sociales, estrategias de afrontamiento y solución de problemas”. Ayuntamiento de Granada.**

El programa se plantea prevenir conductas problemáticas y de consumo abusivo de drogas en menores que están en situación de alto riesgo, producir cambios en sus acti-



tudes, conocimientos y valores y desarrollar actitudes favorables hacia estilos de vida saludables mediante el aprendizaje de habilidades o competencias personales.

La estrategia básica son cursos de habilidades, técnicas de afrontamiento y resolución de problemas, de 8 a 10 sesiones, en período tanto escolar como extraescolar.

- **“Prevención de conductas infractoras y promoción de la convivencia en menores”. Ayuntamiento de la Línea de la Concepción.**

Sus objetivos son prevenir la comisión de conductas infractoras en menores y promover hábitos y actitudes que mejoren la convivencia.

Se trabaja en habilidades sociales, estrategias de autocontrol y autoconocimiento y estrategias de resolución de conflictos. Esta intervención se realiza tanto con el menor como con la familia mediante entrevistas individuales y grupales y se les ofrece alternativas ocupacionales, lúdicas y deportivas.



# FASE IV: IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS







## FASE IV: IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

Cualquier implementación implica acción. El proceso de implementación se inicia con la planificación. Como se ha expuesto reiteradamente, la propuesta de esta guía está basada en el uso de un modelo lógico y planes de acción como estructuras para este proceso de planificación.

La planificación ayuda a incrementar la efectividad de los esfuerzos empleados en la aplicación de programas de prevención, focaliza la energía, aporta certezas sobre lo que se está trabajando y evalúa y adapta la dirección del programa.

El proceso descrito en esta guía utiliza 3 niveles estructurales en la planificación de la prevención:

- El Programa de Modelo Lógico: Un mapa conceptual que asocia los componentes del programa entre sí y con la ejecución de los resultados finales o metas.
- Componentes del Modelo Lógico: El mapa de actividades que conciernen a cada componente del programa. Un programa puede tener distintos componentes, a cada componente le corresponde un grupo de actividades. La implementación de cada componente puede ser objeto de seguimiento y cuando

se haya completado, hacer la evaluación de resultados de ese componente. Los resultados son la medida del cambio experimentado en actitudes, valores, comportamientos o condiciones previas establecidas en la línea-base, así como en las sucesivas mediciones que se van realizando de esos elementos.

- El Plan de Acción: Traslada el mapa conceptual representado en el modelo lógico al plano de un plan operativo. El plan de acción detalla la ejecución de las acciones que deben llevarse a cabo para abordar los diferentes componentes del programa en el escenario de aplicación.

Esta Guía está siguiendo un Programa de Modelo Lógico, cada uno de los 5 capítulos está desarrollando uno de los componentes para obtener resultados presentados como Componentes del Modelo Lógico (Evaluación de necesidades, Identificación de recursos, Selección del programa, Implementación y Evaluación final). Veamos a continuación los pasos concretos que exige ese proceso de implementación.

D. IMPLEMENTACION Y VALORACION	I. Programa del Modelo Lógico	II. Programa del Plan de Acción	III. Componentes del Modelo Lógico	IV. Componentes del Plan de Acción	V. Documentación, Revisión y mejora de la Calidad
<b>I. Desarrollar modelos lógicos, un plan general de implementación y planes de acción</b>	<b>1.</b> Poner un título resumido al programa	<b>1.</b> Redefinir los objetivos en términos medibles utilizando los datos obtenidos en la evaluación de necesidades (línea-base)	<b>1.</b> Poner un título resumido al componente	<b>1.</b> Redefinir los objetivos en términos medibles	<b>1.</b> Documentar y describir para dar contenido a las premisas de control de calidad: <u>Participantes:</u> . Datos demográficos . Métodos de reclutamiento . Asistencia . Atrición
<b>II. Utilizar cada plan de acción para hacer seguimiento de :</b> – Las mediciones del proceso – Las diferencias entre resultados esperados y los resultados inmediatos e intermedios obtenidos	<b>2.</b> Guiado por la hipótesis de trabajo, la sucesión descriptiva de fases de la secuencia de aplicación: – Cada componente que puede generar en términos de riesgo/protección los cambios establecidos u objetivos – La meta general del programa (resultados finales e impacto)	<b>2.</b> Indicar quién evaluará y hará las mediciones, qué, cuándo y cómo se tomarán esas mediciones	<b>2.</b> Escribir los sucesivos acontecimientos para identificar actividades-llave dentro de cada componente	<b>2.</b> Identificar componentes y actividades determinantes de los resultados inmediatos e intermedios	<u>Intervenciones/Programa:</u> . Adaptaciones planificadas y no planificadas . Problemas de carácter cultural <u>Implementación:</u> . Capacidad organizacional . Disponibilidad comunitaria <u>Resultados previstos y no previstos:</u> Diferencias entre resultados esperados y obtenidos
<b>III. Recopilar y analizar los resultados inmediatos e intermedios. Si están por debajo de lo esperado:</b> – Consultar – Realizar las adaptaciones necesarias – Reevaluar		<b>3.</b> Especificar planes, procedimientos y personas que estarán a cargo de: – “reclutamiento” y mantenimiento de participantes en el programa, voluntarios, agentes comunitarios y colaboradores – temas organizativos – supervisión de la calidad del proceso – documentación	<b>3.</b> Escribir conclusiones para expresar a través de ellas los cambios esperados en los factores de riesgo y protección tras haber aplicado cada componente	<b>3.</b> Señalar quién, cuándo, cómo y dónde evaluará los resultados inmediatos e intermedios. <b>4.</b> Especificar todas las adaptaciones que se hayan realizado <b>5.</b> Repetir las actividades adicionales bajo el plan de acción del programa	<b>2.</b> Revisar fidelidad y adaptaciones necesarias



## Glosario de términos

**Plan de Acción:** Traslada el mapa conceptual representado por el modelo lógico a un plan operativo, detallando las tareas clave que deben ser completadas e incluyendo las medidas de los resultados.

**Adaptación del programa:** Modificación realizada en el diseño de una intervención para ajustarlo a las condiciones de aplicación o a las características de la población destinataria. Puede incluir cambios cualitativos o cuantitativos de los componentes, cambios en la audiencia, en las condiciones de aplicación y/o en la intensidad de la aplicación o de la distribución.

**Mejora Continua del Proceso:** Una característica esencial de la mejora continua es que tiene por objeto mejorar la calidad de las intervenciones. Aplicado a los programas de prevención, la mejora continua de la calidad será la actividad de evaluación y retroalimentación, repetitiva y periódica, destinada a aumentar la capacidad de tales programas para alcanzar objetivos de prevención (eficacia), para optimizar el aprovechamiento de los recursos (eficiencia) o para reconstruir la historia, aplicación o localización de todos los elementos del programa que deben estar bajo control (trazabilidad).

**Componentes del programa:** Son las partes que, agrupadas y relacionadas entre sí, forman el programa. Pueden tener estructura modular (por ej. , un programa puede tener un módulo de información, otro de habilidades sociales, otro de toma de decisiones, etc.), lo cual es habitual en los programas escolares. En otros casos el programa puede no tener una estructura modular (en cuyo caso los componentes estarán mezclados a lo largo del programa) lo cual es más característico de los programas comunitarios.

**Componentes centrales de la aplicación:** Elementos de un programa cuya presencia se ha demostrado que es esencial para lograr resultados positivos. Son aquellos elementos de un programa que definen su naturaleza y que los análisis realizados desde la teoría, desde un modelo lógico y desde la evidencia empírica, muestran que son los que más probablemente explican sus efectos principales.

**Fidelidad:** Una alta fidelidad del programa o de la intervención supone una alta adherencia al diseño del programa, es decir, un alto grado de coincidencia entre los componentes que figuran en el diseño de una intervención preventiva y su actual implementación en un lugar determinado. En términos operacionales, se refiere al rigor con el cual una actividad coincide con el modelo o prototipo elaborado por quienes diseñaron la intervención.

**Plan de implementación:** Herramienta de planificación que resulta especialmente útil para el responsable de un programa. Su desarrollo le facilita la mejora del control de la ejecución mediante la identificación de los requerimientos de todo tipo que son necesarios para llevar a cabo la intervención elegida. También le ayuda a lograr que las personas que deben trabajar juntas lo hagan con espíritu de equipo para conseguir un resultado integrado, sin brechas, fricciones o innecesaria duplicación de esfuerzos y le ayuda a identificar las expectativas de ejecución de cada uno de los componentes del programa. Este plan no debe ser más detallado de lo necesario para que el responsable del programa establezca la dirección inicial y para ofrecer una visión clara al grupo de personas encargado de la implementación.

Alonso, C., Salvador, T., et al. (2004)





## PASO I: DESARROLLAR UN PLAN DE ACCIÓN PARA EL PROGRAMA DE MODELO LÓGICO

El plan de acción puede estar presentado de diversas formas y con diferentes grados de complejidad. El formato no es algo tan relevante como que sea capaz en su descripción de ser entendido y seguido por otros. El plan de acción puede tener múltiples utilidades: como guía para los responsables del programa, como instrumento organizativo del equipo, para la dirección del proceso, como herramienta de coordinación y comunicación, como documentación del proceso y para la evaluación de resultados.

Como norma general la redacción del plan de acción debe plantearse en este orden:

- Los objetivos y metas en términos medibles usando los datos de la evaluación de necesidades.
- Indicar cómo se realizará la evaluación del logro de esos objetivos y metas.
- Explicitar el plan, procedimientos y personas que realizarán la revisión de cumplimiento de criterios de calidad en el desarrollo del proceso.
- Describir los recursos que definen la capacidad organizativa.
- Documentación del proceso.





## PASO II: DESARROLLAR COMPONENTES DEL MODELO LÓGICO

Este paso supone conformar la organización de los múltiples componentes del programa.

Hay que hacerse las siguientes preguntas respecto a cada componente:

- ¿Cuáles son las actividades-llave requeridas para cada ciclo de componentes?
- ¿Cuáles son los resultados esperados tras completar la ejecución de cada componente?
- Los resultados esperados ¿corresponden con la hipótesis de trabajo definida?





## PASO III: DESARROLLAR COMPONENTES DEL PLAN DE ACCIÓN

Esta descripción debe recoger el detalle de qué, quién, cómo, cuándo, dónde y durante cuánto tiempo se desarrollará cada componente del programa. Para cada actividad debe especificarse cómo se reclutará a los participantes, dónde se realizarán las actividades, etc. Mientras transcurre la actividad se recogerán datos de participación, anécdotas e incidencias de los participantes y de la actividad, así como el desempeño de los responsables y técnicos del programa, problemas que surjan... Esto puede ser una información valiosa a tener en cuenta cuando se evalúe el programa y nos preguntemos el porqué de los resultados.

Tras completar la ejecución de cada componente, se irá registrando y “restando” el alcance de resultados u objetivos atribuibles a ese componente. De este modo se identificará la potencialidad del componente para conseguir el logro de los objetivos. La medición precisa se realizará comparando el resultado inmediato o intermedio obtenido, con los datos obtenidos en la línea-base. Esto forma parte de la evaluación del proceso.

Si los resultados inmediatos obtenidos están por debajo de lo esperado, deberemos revisar el componente del plan de acción y buscar fallos o problemas acaecidos



durante la implementación. Si se detectan los fallos, habrá que introducir las adaptaciones que sean necesarias para solventarlos.





## PASO IV: MANTENER UN CONTROL DE CALIDAD CONTÍNUO



Para que el plan de acción sea efectivo se requiere una revisión regular de los componentes y la introducción de modificaciones continua. Es lo que en lenguaje de círculos de negocio se denomina “Mejora Continua de la Calidad”. La mejora continua de la calidad es la valoración sistemática y el feedback de la evaluación de la información sobre la planificación, implementación y resultados.

Las áreas a monitorizar serían:

- Información sobre participantes:
- Datos demográficos.
- Métodos de reclutamiento.
- Datos de asistencia.
- Atrición.
- Aspectos del programa y la intervención.
- Adaptaciones planificadas y no planificadas.
- Problemas culturales.

- Indicadores de desconocimiento de necesidades.
- Problemas en la implementación.
- Relativos a la capacidad organizativa.
- Relativos a la preparación de la comunidad.
- Problemas de no alcance de objetivos propuestos.
- Diferencias en las expectativas de resultados y cambios actuales como medida de diferencia entre línea-base y nuevos resultados de la evaluación actual tras completar la ejecución del componente.



## PASO V: REVISAR LA FIDELIDAD Y LA ADAPTACIÓN DURANTE LA IMPLANTACIÓN

Los programas basados en la evidencia científica necesitan ser seguidos de la forma más rigurosa que sea posible.

Esta adaptación a la realidad de los modelos teóricos que veíamos en la fase anterior es también aplicable durante la implementación.

A veces no es fácil detectar las necesidades de adaptación hasta que hemos aplicado las acciones del programa. Un error frecuente puede estar en los fallos a la hora de registrar los resultados inmediatos e intermedios; una posible razón es que se trate de resultados no previstos y por tanto no tenidos en cuenta para su registro.

Las preguntas que podríamos hacernos para evitar estos problemas serían:

- ¿Son los datos obtenidos en el análisis de necesidades y fortalezas consistentes con el programa basado en la evidencia que ha sido implementado?
- ¿Es el contexto cultural el apropiado?
- ¿Es la población definida lo suficientemente similar?
- ¿Son las actividades seleccionadas relevantes para la población definida?

Dada la complejidad de determinar qué adaptaciones son necesarias durante la implementación, deben revisarse los siguientes pasos para tomar las decisiones pertinentes de adaptación:

- Revisar la teoría de base del programa para estar seguro de que es consistente con los hallazgos obtenidos en el estudio de necesidades
- Analizar los componentes nucleares del programa basado en la evidencia en conjunción con el plan de acción trazado para cada componente con el fin de determinar si alguno de los primeros no ha sido incluido y abordado en nuestro programa.
- Volver a valorar las necesidades en clave de existencia de características singulares de nuestra población que puedan ser consideradas condiciones únicas y con ello llevar a cabo adaptaciones a esas condiciones peculiares.
- Valorar la fidelidad con la que los componentes nucleares han sido implementados tal y como se planificó esa implementación.
- Consultar con los autores del programa comentando el ámbito de aplicación en el que lo estamos desarrollando y conocer si se han actualizado nuevos métodos y técnicas de apoyo al programa.
- Obtener feedback de las organizaciones y la comunidad donde se está trabajando para ayudar a entender y explicar los resultados que hemos obtenido.



## ANEXO 4

### FUENTES DE DATOS Y UTILIZACIÓN



#### 1. EDDRA: Un sistema europeo de información sobre reducción de la demanda.

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), creado en 1994 y con sede en Lisboa, es un órgano informativo de la Unión Europea cuya misión es proporcionar información objetiva, fiable y comparable en Europa sobre el fenómeno de las drogas y las toxicomanías así como sobre sus consecuencias. Entre sus numerosas iniciativas, figura el denominado sistema EDDRA (Exchange on drug demand-reduction action) que fue adoptado como tarea principal por todos los Puntos Focales de los estados miembros de la Unión Europea en 1998.

El sistema EDDRA pretende recoger sistemáticamente datos comparables. En el corazón del sistema se halla el protocolo de elaboración de informes, que se basa en un cuestionario normalizado que fue creado y puesto a prueba junto con los responsables nacionales de EDDRA durante la fase de viabilidad del proyecto. Los responsables de EDDRA desempeñan un papel fundamental en la recogida de datos sobre los proyectos realizados en sus países y han de asegurar el control de calidad de la información suministrada por los directores de proyecto o programa. El Punto Focal español, representado por la Delegación del Gobierno para el Plan

Nacional sobre Drogas, gestiona este programa a través de la entidad CEPS (Centro de Estudios de Promoción de la Salud). No hay que olvidar que precisamente esta entidad española fue la inspiradora e impulsora del programa europeo que tiene su origen en un sistema de información que ha tenido una gran relevancia en el desarrollo de la prevención en nuestro país como es Idea-Prevención y que se describirá a continuación.

Los objetivos de EDDRA son:

- Proveer de información fiable, de alta calidad y con base científica sobre las intervenciones de reducción de la demanda en la Unión Europea.
- Proveer, de forma continua y periódica, información sobre programas y especialmente sobre proyectos innovadores y de colaboración.
- Proveer información regular sobre los métodos de implementación de programas de reducción de la demanda.
- Proveer sobre resultados de evaluación, resultados de los diferentes enfoques de reducción de la demanda, resultados de las intervenciones y de su impacto.

En síntesis, el objetivo último de EDDRA es recoger y difundir las mejores prácticas en el campo de la reducción de la demanda a nivel europeo. Puede accederse a través de la página web del OEDT ([www.emcdda.org](http://www.emcdda.org)) y encontrar una serie de programas europeos en un formato normalizado estructurado del siguiente modo:

A. *Identificación del programa:* Recoge una serie de datos prácticos como la identificación de la persona de contacto y la institución o instituciones que promueven el programa.

B. *Contexto y objetivos del programa*: Es seguramente el apartado más interesante para los planificadores de programas de prevención pues expone la lógica del programa partiendo de su situación inicial, el contexto en el que se diseñó, su enfoque y sus objetivos, general y específicos. Estos últimos van acompañados del principio básico en el que se sustentan, su índice de evolución y los resultados obtenidos en la aplicación del programa.

C. *Características del programa*: En este punto se incluyen la población y el grupo destinatario, la cobertura del programa, su zona de implantación, calendario y acciones.

D. *Evaluación*: Tipos de evaluación, herramientas, recursos, fuentes...

E. *Presupuesto*: Financiación, diferentes promotores, conceptos...

Actualmente, existen recogidos en EDDRA un total de 43 programas españoles, la mayor parte son programas preventivos –unostreintaentre prevención universal, selectiva e indicada–. Y, en coherencia, con lo expuesto en el Anexo 3, básicamente son programas aplicados en el ámbito escolar, aunque en seis de ellos se trabaja también con la familia y cinco intervienen en el ámbito comunitario.

A título meramente expositivo, se recoge a continuación una pequeña muestra de los programas españoles integrados en EDDRA con sus principales objetivos. Se han seleccionado aquellos que pueden ser representativos de la gran variedad de objetivos y poblaciones destinatarias que más habitualmente se abordan en nuestro país:



### **Ulises (Deporte y Vida)**

Objetivo general:

Desarrollar el autocontrol emocional en niños de 10-12 años como factor de protección de conductas de riesgo.

Objetivos específicos:

- Conocer y analizar las emociones propias y las ajenas.
- Mejorar el autocontrol emocional, incluyendo la ansiedad y la ira.
- Expresar las emociones de forma positiva y mejorar las relaciones con el entorno.

### **Construyendo Salud. Promoción de Habilidades Parentales (Universidad de Santiago de Compostela y CEAPA)**

Objetivo general:

Enseñar a los padres cómo incrementar los factores de protección para el consumo de drogas y la conducta antisocial dentro de la familia.

Objetivos específicos:

- Aportar una visión realista sobre la adolescencia y el problema del consumo de drogas.
- Fomentar el establecimiento de estilos educativos familiares adecuados caracterizados por una buena comunicación entre padres e hijos, la resolución de conflictos de forma cooperativa y la adecuada supervisión de los adolescentes.
- Motivar a los padres para el establecimiento de normas sobre drogas dentro del hogar.

### **Entre todos. Programa de prevención escolar y familiar de la Asociación Proyecto-Hombre.**

Objetivo general:

Incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo individual, grupal y familiar para el consumo de drogas en adolescentes.

Objetivos específicos

- Retrasar el inicio del consumo de tabaco y alcohol en los adolescentes participantes en el programa.
- Evitar la aparición de conductas antisociales: agresión, robo, ir contra las normas y vandalismo
- Incrementar la presencia de indicadores (variables) de protección individual para el consumo de drogas: información sobre alcohol y tabaco, actitud adecuada sobre alcohol y tabaco, rechazo de presión de grupo, autoestima, autocontrol emocional, estilo atribucional interno, etc.

### **Programa de prevención del tabaquismo en Educación Secundaria Obligatoria (EDEX).**

Objetivo general:

Reducir el inicio en el consumo de tabaco por parte de los escolares de 12 a 16 años.

Objetivos específicos:

- Compartir con los jóvenes una información veraz y adecuada acerca del tabaquismo y su impacto sobre la calidad de vida de los fumadores.
- Estimular entre los jóvenes de 12 a 16 años la autoafirmación en la decisión de no fumar reduciendo las actitudes positivas hacia el consumo y promoviendo actitudes de desinterés.
- Desacelerar el proceso de incorporación al consumo regular de tabaco entre quienes se animen a probarlo.

### **En la Huerta con mis Amigos. Prevención temprana de drogas en la Comunidad de Madrid (Agencia Antidroga).**

Objetivo general:

Contribuir a la maduración psicoafectiva, a la adquisición de hábitos de salud y al inicio de un trabajo preventivo sobre el abuso de drogas en niños de 5 a 9 años.

Objetivos específicos:

- Incrementar las conductas de afrontamiento y solución de problemas de los niños participantes.
- Incrementar las conductas de salud e integración social de los niños participantes.
- Incrementar la autoimagen de los niños participantes.

**Programa ALFIL: Grupos psicoeducativos para hijos de alcohólicos y sus padres (Sociodrogalcohol).**

Objetivo general:

Disminuir los factores de riesgo y potenciar los factores de protección para reducir la probabilidad de que los hijos de alcohólicos desarrollen el alcoholismo u otros trastornos biopsicosociales relacionados con el hábito alcohólico paterno y los antecedentes familiares de alcoholismo en general.

Objetivos específicos:

- Modificar hacia posiciones realistas los conocimientos, actitudes y expectativas sobre el alcohol para favorecer la toma de decisiones responsable con respecto al propio consumo así como facilitar el entendimiento de la enfermedad alcohólica y los problemas que ocasiona en las familias.
- Facilitar el aprendizaje de estrategias de afrontamiento a factores de riesgo individual y ambientales, específicos de este grupo, que pueden llevar al consumo de drogas.
- Promover cambios en la dinámica familiar y proporcionar apoyo emocional y sentimientos de identificación a través de los grupos de iguales con problemas similares.

## **Programa Municipal de Prevención del Alcoholismo Juvenil. Subprograma de reducción de la oferta (Ayuntamiento de Madrid).**

Objetivo general:

Reducir la oferta y la disponibilidad del alcohol en la población juvenil, a la vez que mitigar algunos problemas asociados al consumo excesivo de bebidas alcohólicas con la siniestralidad en la conducción.

Objetivos específicos:

- Contribuir al cumplimiento de la normativa existente sobre distribución de alcohol a menores.
- Potenciar el control sobre la distribución de alcohol a jóvenes en establecimientos de dispensación.
- Incrementar las acciones en materia de controles de alcoholemia, desarrollando las habilidades de los agentes de la policía municipal para identificar y tratar las consecuencias del beber en conducción.

## **2. Idea-prevenición: Un sistema de información español sobre prevención.**

Se trata de un sistema español, paralelo al europeo y del que fue realmente el precursor. Nacido en 1989, impulsado por el Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (CEPS) y financiado por los órganos que componen el Plan Nacional sobre Drogas.

Es una red de adscripción voluntaria que actúa como un instrumento de apoyo de profesionales y mediadores recogiendo, seleccionando y difundiendo información especializada de calidad sobre prevención.

La información seleccionada por el sistema se agrupa en distintas bases de datos:

- a) Programas preventivos desarrollados en todo el país que cumplen los requisitos de calidad establecidos y que, voluntariamente, son enviados a la red.
- b) Resúmenes de la investigación internacional más relevante para el avance del sector en los ámbitos de: epidemiología, evaluación, factores de protección, factores de riesgo, modelos teóricos, política preventiva y validación de instrumentos de evaluación.
- c) Resúmenes de trabajos de revisión o de meta-análisis, relevantes para el avance de intervenciones preventivas basadas en la evidencia.
- d) Documentos, materiales y recursos de apoyo, útiles para el desarrollo de intervenciones preventivas: novedades bibliográficas, estudios, informes, materiales didácticos, de divulgación, materiales audio-visuales, nuevas tecnologías aplicables en el desarrollo de programas, etc.

Toda la información recopilada se difunde y está disponible a través de los siguientes productos: boletín semestral que informa sobre las entradas al sistema en los meses anteriores, centro de documentación especializado en prevención (CDOC) y espacio en internet ([www.idea-prevencion.org](http://www.idea-prevencion.org)). También cuenta con un sistema de definiciones operacionales para muchos términos comunes en el ámbito de prevención, pero que con frecuencia pueden ser entendidos de forma diversa por distintos equipos o profesionales. De hecho, los glosarios de términos de esta guía parten del glosario general sobre prevención elaborado por CEPS (2004) para contribuir a la homologación del vocabulario en el ámbito de la prevención.



# FASE V: EVALUACIÓN FINAL







## FASE V: EVALUACIÓN FINAL

Una vez implementado el programa y documentado el plan de acción, se han ido evaluando los resultados inmediatos e intermedios y se han utilizado todos estos datos para ir adecuando la intervención a lo largo de su desarrollo. Se puede afirmar que ya ha sido realizada la evaluación del proceso. Ahora toca hacer la evaluación final. Los resultados son una exigencia tanto de los responsables institucionales como de la comunidad. Debemos demostrar que nuestro programa ha sido ejecutado con resultados positivos. Y, por lo tanto, debemos ser capaces de demostrar que los esfuerzos realizados estaban justificados y han producido los cambios deseados.

La evaluación final debe “retroceder” sobre todo el proceso realizado y, repasando las fases de desarrollo del modelo lógico y del plan de acción, recapacitar sobre los resultados obtenidos en base a esos procesos metodológicos.

El enfoque de evaluación que se propone en esta guía se denomina “evaluación basada en la teoría”. Esta evaluación conecta los datos de resultados con el proceso mediante el cual ha sido posible obtener esos resultados.





La evaluación se expone a través de una teoría sobre cómo la iniciativa aplicada ha ayudado a identificar objetivos que, si se cumplen, generan cambios sobre el problema de drogas inicial al que nos enfrentábamos.

Si esta teoría se verifica, hemos obtenido evidencia empírica de que hemos hecho lo que pretendíamos y hemos concluido el programa.

Pero realizar una evaluación rigurosa no sólo es beneficioso para nuestro programa, organización y grupo de colaboradores, también lo será para contribuir al crecimiento científico del campo de la prevención. La prevención sigue necesitando ampliar su campo de base de datos sobre enfoques prometedores, innovaciones y adaptaciones.



<b>E.– EVALUACION FINAL</b>	<b>I.– Informar de los resultados inmediatos e intermedios</b>	<b>II.– Perfilar y resumir la evaluación de proceso desde los planes de acción</b>	<b>III.– Valoración final de resultados y de impacto</b>	<b>IV.– Reevaluar los resultados finales a 12 y 18 meses cuando sea posible y elaborar un informe complementario si es necesario</b>
<b>I.– Informar de los resultados inmediatos e intermedios</b>	1.– Reunir los resultados inmediatos para el informe final	1.– Reunir los datos del plan de acción relativos a las mediciones realizadas a lo largo del proceso	1.– Documentar y justificar los cambios comparados con las medidas de línea base del problema general de abuso de drogas medido al inicio de la planificación	1.– Reevaluar resultados finales a los 12 y 18 meses si es posible
<b>II.– Perfilar y resumir la evaluación de proceso desde los planes de acción</b>	2.– Reunir los resultados intermedios para el informe final		2.– Determinar las estrategias de mantenimiento y sostenibilidad del programa y las acciones de seguimiento.	2.– Complementar el informe y hacerlo llegar a la comunidad con esos resultados a largo plazo.
<b>III.– Valoración final de resultados y de impacto</b>			3.– Emitir informe final y aportación de logros para la experiencia en el campo preventivo	
<b>IV.– Reevaluar los resultados finales a 12 y 18 meses cuando sea posible y elaborar un informe complementario si es necesario</b>				

## Glosario de términos:

**Atrición:** Reducción no planificada del tamaño de la muestra experimental causado por el abandono de los participantes durante el proceso de evaluación.

**Resultados finales:** Conclusiones inferidas a partir de los cambios observados entre las mediciones de un suceso o valor de las variables medidas en la línea base y las mediciones realizadas con los mismos instrumentos al final de la intervención.

**Resultados intermedios:** En una secuencia esperada de cambios que ocurren en un programa con base científica, son los cambios que se miden cuando termina un programa.

**Resultados inmediatos:** El cambio inicial en una secuencia esperada de cambios que ocurren como resultado de la implementación de un programa.

**Evaluación de proceso:** Es la evaluación que determina el grado de fidelidad de los procedimientos del programa con respecto a lo especificado en el plan escrito. Se dirige a valorar el grado de función e implantación del programa. Identifica los procedimientos que subyacen y el proceso de toma de decisiones para desarrollar el programa. Describe el grado de cumplimiento de objetivos y resultados intermedios, cómo funciona el programa y los servicios que presta.

**Impacto:** El efecto neto observado atribuible a los efectos de una acción, intervención o programa.

**Sostenibilidad:** Probabilidad de que un programa continúe más allá de un período de tiempo determinado, especialmente después de que desaparezcan las principales fuentes de financiación iniciales.

Alonso, C., Salvador, T. et al. (2004)

## ¿Por qué evaluar?

### *Para el beneficio interno:*

- Evaluar necesidades, deseos y cualidades de los miembros de la comunidad.
- Identificar barreras y facilitadores para el uso del servicio.
- Aprender a describir y medir las actividades del programa y sus efectos.

### *Para practicar cambios:*

- Ajustar planificación para introducir nuevos servicios.
- Caracterizar la extensión de la implementación del programa.
- Imprimir adaptación y competencia cultural al programa.
- Verificar que los derechos de los participantes están asegurados.
- Establecer prioridades para la formación del equipo.
- Imprimir claridad a los mensajes que lleguen a la comunidad.
- Determinar medidas para la mejora de la satisfacción del cliente.
- Movilizar soportes comunitarios para la implementación del programa.

### *Para evaluar efectos:*

- Valorar las habilidades de los participantes en el programa.
- Comparar cambios en las conductas a lo largo del tiempo.
- Comparar costes y beneficios.
- Encontrar otros participantes externos al programa.
- Decidir dónde buscar nuevos recursos.
- Documentar el nivel de relación entre sucesos y objetivos.
- Demostrar cumplimiento de objetivos financieros y contables.
- Agregar información a otras evaluaciones realizadas sobre el mismo tipo de programas.



### *Para aspectos que afectan a los participantes:*

- Reforzar los mensajes de beneficio del programa.
- Estimular el diálogo y la asunción de valores sobre temas de la salud.
- Incrementar el consenso entre los colaboradores del programa acerca de las metas y objetivos.
- Enseñar habilidades para la evaluación a otros miembros del equipo y de los mediadores de la comunidad.
- Dar mayor base y consistencia al desarrollo y cambio organizacional.

### **Entendiendo los niveles de resultados**

Dado que cada programa es único, sus resultados pueden organizarse en tres categorías:

- Resultados inmediatos: Los cambios iniciales en una secuencia de cambios esperada de un programa basado en la evidencia científica.
- Resultados intermedios: En una secuencia de cambios esperados, los cambios que pueden ser medidos tras la verificación de los cambios inmediatos, pero antes de haber concluido todo el programa.
- Resultados finales: Los cambios inferidos desde la constatación de cambios con respecto a los datos de línea-base que describían el problema general de abuso de drogas (en las personas, lugares o medidas que eran foco de la intervención), usando las mismas medidas al finalizar la aplicación del programa.

Los efectos a largo plazo y la influencia de los resultados finales sobre las condiciones descritas en los datos de línea-base se denominan impacto.

## Midiendo resultados

### *Inmediatos e intermedios:*

Resultados inmediatos e intermedios son los cambios constatados entre los datos de línea-base, o las condiciones de riesgo y protección definidas inicialmente en la población, y las repetidas mediciones que se van haciendo tras completar cada componente del programa para reevaluar esas condiciones y los cambios que manifiestan.

### *Resultados finales del programa:*

La suma de las evaluaciones parciales del punto anterior sirven para realizar la medición global de resultados al finalizar todo el programa y tener una medida de efectividad global y de efectos a largo plazo.

- Si fuera posible es acertado repetir las mismas medidas de evaluación del programa completo a los 12 meses de su aplicación y a los 18 meses. Si sigue arrojando resultados positivos y/o los obtenidos en la evaluación final se mantienen, podemos hablar de efectos a largo plazo.
- Los cambios medidos en el problema de abuso de drogas están documentados en el modelo lógico y plan de acción que se haya desarrollado.



## *Evaluación de proceso:*

La evaluación del proceso cuantitativa y cualitativa describe cómo ha sido la ejecución de las fases del proyecto (en cuanto a las distintas actividades realizadas, la duración de cada fase del programa y de las actividades, su consistencia y cantidad). La descripción del proceso también precisa cómo y quién lo fue ejecutando. En definitiva, describe cada aspecto del proceso, de la implementación y de las características de los participantes.

La evaluación de proceso muchas veces es subestimada. Por ejemplo, en muchas ocasiones los técnicos que aplican programas informan del número de población participante sin designar uno de los principales elementos en la implementación de programas: la atrición de los participantes. Atender a los métodos utilizados para conseguir, retener y mantener activa y participativa a la población participante es uno de los principales temas clave en el ámbito de la prevención.

Así mismo, el tipo de información que aporta la evaluación de proceso es un importante elemento para la transmisión de aspectos metodológicos y prácticos de la prevención. Describiendo la evaluación de proceso ayudamos a difundir y dar a conocer mejor nuestro programa. Los otros especialistas en prevención pueden beneficiarse al conocer cómo se resolvieron los problemas surgidos en la implementación o cómo se realizó una adaptación del programa basado en la evidencia científica a la realidad de aplicación.

## Buscando apoyo especializado para la evaluación

Los recursos son limitados y la dedicación que requiere la evaluación es mucha. A la hora de planificar el proceso de evaluación debemos considerar las siguientes cuestiones:

- Temporales: Determinar el tiempo del que disponemos para dedicar a la evaluación. Qué otras prioridades tenemos en el desarrollo global del programa para estimar la posibilidad de asumir o no la evaluación. Si contamos con personal auxiliar o voluntario y pensamos dedicarlo a la evaluación, hay que tener en cuenta la inversión que habrá que realizar para formarles en este terreno.
- Económicas: Habrá que conocer y determinar el coste de todos los pasos que encierra la evaluación (elaboración y reproducción de cuestionarios, aplicación, trabajo de campo para seleccionar y llegar a los sujetos objeto de evaluación, análisis de datos, etc.)
- Experiencia: Debemos calibrar de modo realista si en el equipo contamos con expertos en el diseño de instrumentos de evaluación y en analizar los datos o si contamos con un evaluador externo que dará mayor fiabilidad y validez a este proceso y mayor credibilidad a los resultados.

## ¿Cómo estar seguros de las conclusiones obtenidas?

Podemos haber seleccionado un programa basado en la evidencia científica, haberlo implementado adecuadamente y obtenido con ello resultados positivos y ajusta-





dos a nuestras expectativas, pero los programas basados en la evidencia están sujetos a variabilidad en sus resultados. Podemos encontrarnos con tres escenarios:

- Escenario A: Pudimos haber seleccionado un programa basado en la evidencia y haberlo implementado con un 100% de fidelidad. Bajo parecidas condiciones y habiendo realizado adaptaciones, hemos sido capaces de duplicar los resultados del programa–modelo. Sin embargo no estamos seguros de que esos resultados sean producto de la congruencia entre nuestra hipótesis de trabajo y el programa seleccionado o estén causados por circunstancias o acontecimientos no controlados. Si en la experiencia piloto ha ocurrido lo anterior, los técnicos deberán ser cuidadosos en la generalización del programa. Podrán deducir esta afirmación de eficacia y prever que se repetirá, si se replica la obtención de los mismos logros en los resultados intermedios, pudiendo deducir entonces que quedará también reflejado en los resultados a largo plazo.
- Escenario B: Hemos seleccionado un programa basado en la evidencia pero encontramos que es necesario realizar adaptaciones significativas por lo que recurrimos a un experto. Cada una de las adaptaciones realizadas se ha realizado cuidadosamente con estricta adherencia a los factores de riesgo presentes en nuestra realidad y nuestra hipótesis de trabajo. Pero no estamos absolutamente seguros de que los resultados obtenidos se puedan atribuir al programa o a circunstancias atenuantes. Para estar seguros de que los resultados son consecuencia del programa (con su adaptación), debemos introducir un grupo de comparación que reciba poca o ninguna intervención del programa. Para cada aspecto que se mida en el grupo definido (a excepción de la evaluación de proceso) debemos medir ese mismo aspecto en el grupo de comparación (grupo control). Si se obtienen resultados similares entre el grupo objetivo y el de control podemos pensar que los resultados no obedecen entonces sólo al

programa sino que existen otros factores que los están influyendo. Si vemos los resultados en el grupo objetivo y no en el de control, es razonable entonces atribuir los resultados al programa.

- Escenario C: Hemos seleccionado un programa basado en la evidencia y le hemos realizado adaptaciones significativas, pero no tenemos posibilidades de obtener un grupo de comparación o grupo control o no podemos encontrar uno que no esté sometido a alguna intervención preventiva. En este caso, por cada vez que realicemos la medición de un componente en objetivos intermedios, debemos realizar tres mediciones separadas de cada cambio, teniendo cuidado de que cada medida esté evaluando el mismo componente.

Si hemos seguido el Modelo Lógico estaremos siempre en el escenario A.

## Determinando la sostenibilidad

Sostenibilidad significa que un programa es adecuado para continuar aplicándolo en el tiempo y sus recursos suficientes para poder replicarlo con similares resultados.

Evidentemente primero tenemos que determinar que el programa es sostenible. Los cambios que se aprecien en las circunstancias, el equipo o las necesidades de la comunidad pueden indicar que el programa debe ser modificado y adaptado para poder mantener sus niveles de eficacia. Debe entonces procederse a reevaluar las necesidades y/o seleccionar otro programa o tipo de intervención.

Sin embargo, los cambios deben basarse en estos indicadores porque si la evaluación de proceso sigue aportando resultados positivos debemos considerar que :



- Terminar o cerrar un programa que arroje resultados positivos puede ser contraproducente si el problema que justificó su aplicación aún persiste.
- Crear y poner en marcha un programa requiere de unos costes elevados en las fases de su puesta en funcionamiento y éstos deben ser amortizados en los años futuros con la continuidad del programa.
- Implementar programas y no mantenerlos puede poner en riesgo la implicación futura de la comunidad y eliminar su disponibilidad y la de sus recursos.

Compartir los resultados de nuestra evaluación es en último término lo más importante que podemos hacer para asegurar el mantenimiento del programa.



## ANEXO 5

### FUENTES DE DATOS Y UTILIZACIÓN

Entre las distintas fuentes susceptibles de ser utilizadas en esta fase de evaluación, consideramos que existen dos imprescindibles y de gran valor práctico:

#### 1. Banco de Instrumentos para la Evaluación de Intervenciones Preventivas.

Un número importante de instrumentos de evaluación adecuados para aplicar en el marco de las intervenciones preventivas han sido desarrollados en países de cultura anglosajona y se hallan disponibles en inglés. El recurso que aglutina información más fiable en este sentido es el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) que lo encargó inicialmente al Dr. Mark Morgan del St. Partick's College de Dublín.

La Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid ha establecido un convenio de colaboración con el OEDT a efectos de facilitar el máximo acceso a este Banco de Instrumentos entre los hispanohablantes. Esta traducción al español ha requerido una minuciosa traducción técnica de calidad que ha realizado el Centro



de Estudios sobre Promoción de la Salud (CEPS), entidad especializada en el ámbito de la prevención y de reconocido prestigio en este tipo de tareas.

Los objetivos del BIP son:

- Ofrecer un Banco de Instrumentos de calidad para la planificación y evaluación de las intervenciones en prevención del abuso de drogas en lengua española.
- Facilitar el acceso inmediato a un conjunto de instrumentos de medida de distintos indicadores y variables de evaluación de las intervenciones preventivas.
- Ser un punto de referencia para el diseño y la evaluación de intervenciones en prevención, desarrolladas en la Comunidad de Madrid y en el resto de la comunidad científica y profesional que usa el español como lengua de comunicación.

La dirección del Banco de Instrumentos para la Evaluación de Intervenciones Preventivas es: <http://bip-agencia-antidroga.net>.

## **2. Indicadores utilizados en los programas y/o investigación de prevención sobre drogas.**

El Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud ha elaborado una tabla de los indicadores más utilizados en los programas de prevención de drogas en nuestro país que, por su indudable interés, reproducimos a continuación:

## Indicadores utilizados en los programas y/o investigación de prevención sobre drogas. Martínez Higuera, I. Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud

Bloque I. Variables socio-demográficas y sanitarias relacionadas con las drogas	Bloque II. Variables relacionadas con el entorno / ambiente	Bloque III. Población diana. Variables relacionadas con drogas: cogniciones y conducta	Bloque IV. Población diana. Variables intermedias (no referidas directamente a drogas o distales)	Bloque V. Variables relacionadas con el programa	Bloque VI. Variables relacionadas con la comunidad o mediadores
<p><b>Prevalencia de drogas</b></p> <p><b>Morbilidad y mortalidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabaco: cáncer de pulmón, infarto de miocardio, EPOC, enfermedad cerebrovascular</li> <li>• Alcohol: cardiomiopatía alcohólica, psicosis alcohólica, cirrosis hepática, pancreatitis crónica, cáncer esófago, accidentes de tráfico (muertes)</li> <li>• Otras drogas: muertes por reacción aguda, nº episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con consumo</li> </ul> <p><b>Problemas sociales relacionados con las drogas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paro</li> <li>• Extrema deprivación</li> <li>• Desarraigo cultural</li> <li>• Violencia: malos tratos ámbito familiar</li> <li>• Personas detenidas y denuncias por tráfico de drogas</li> <li>• Sanciones administrativas por consumo de drogas en la vía pública</li> <li>• Divorcios</li> <li>• Absentismo: escolar y laboral</li> </ul>	<p><b>Disponibilidad de drogas (legales)</b></p> <p>Consumo de drogas del entorno de influencia (amigos, familiares..)</p> <p><b>Percepción de problemas de drogas en el barrio</b></p> <p>Influencia normativa (conocimiento y aplicación de la normativa)</p> <p><b>Desaprobación padres consumo de drogas</b></p> <p>Normativa de los padres en relación con drogas</p> <p>Hora de llegada a casa hijos</p> <p><b>Socialización familiar, estrategias educativas de padres</b></p> <p><b>Problemas de los padres en la educación de los hijos</b></p> <p>Cohesión familiar</p> <p>Percepción de conflicto</p> <p>paterno/familiar</p> <p>Satisfacción familiar</p> <p>Relación con los padres</p> <p>Actividades compartidas con los padres</p> <p>Abandono escolar</p>	<p>Conocimiento sobre drogas</p> <p>Actitudes ante el consumo de drogas</p> <p>Creencias sobre las consecuencias</p> <p>Intención de consumo en un período determinado</p> <p>Percepción de riesgo asociado al consumo de drogas</p> <p>Edad de inicio en el consumo</p> <p>Consumo de drogas (auto-informe)</p> <p>Percepción de facilidad de acceso a las drogas</p> <p>Comprar o facilitar tabaco/alcohol a padres o familiares</p> <p>Experimentar el ofrecimiento de drogas</p> <p>Percepción de normalidad del consumo en el entorno de amigos</p> <p>Actitud ante la publicidad sobre drogas legales</p>	<p>Valores</p> <p>Autoestima</p> <p>Auto-imagen/ auto-concepto</p> <p>Depresión</p> <p>Ansiedad</p> <p>Ira</p> <p>Autocontrol</p> <p>Búsqueda de sensaciones</p> <p>Asertividad</p> <p>Susceptibilidad a la persuasión</p> <p>Percepción de apoyo social</p> <p>Perspectiva temporal futura</p> <p>Problemas de conducta</p> <p>Problemas personales</p> <p>Conductas de salud e integración psico-social</p> <p>Adaptación (socialización inadecuada)</p> <p>Conducta social y antisocial</p> <p>Habilidades de toma de decisiones</p> <p>Habilidades de afrontamiento</p> <p>Estilo de afrontamiento de problemas</p> <p>Habilidades de solución de problemas</p> <p>Habilidades sociales</p> <p>Motivación y asistencia a clase</p> <p>Rendimiento escolar</p> <p>Apego a los padres y la familia</p> <p>Apego a instituciones convencionales</p> <p>Ocupación del tiempo libre</p> <p>Disponibilidad de dinero semanal</p>	<p><b>Calidad del Programa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fidelidad de la aplicación</li> <li>• Coherencia interna entre elementos clave</li> <li>• Cumplir criterios de acreditación de las Administraciones</li> <li>• Seguir estándares de Sistemas de Información: IDEA/EDDRA</li> <li>• Replicación de un prototipo de prevención</li> </ul> <p>Implicación de los participantes</p> <p><b>Nº de individuos participando en el programa</b></p> <p>Opinión de los participantes sobre el programa: grado de satisfacción</p> <p>Clases/ alumnos que se comprometen a no fumar /beber por un período determinado</p> <p>Material distribuido</p> <p>Intensidad de participación</p> <p>Nº de actividades desarrolladas</p> <p>Retención en el programa</p> <p><b>Derivación a recursos asistenciales o específicos</b></p> <p><b>Interés que suscita el programa en la comunidad</b></p>	<p>Percepción de extensión del problema de drogas</p> <p>Necesidad percibida de la prevención (líderes de la comunidad)</p> <p>Opinión en relación con las medidas contra las drogas</p>



INDICADORES DE EVALUACIÓN POR CATEGORÍAS E INSTRUMENTOS PARA MEDIRLOS O FUENTES DE INFORMACIÓN

PI: Planificación Pr: Proceso Rs: Resultados Md: Variables de resultados mediadoras D: Variables de resultados directamente relacionadas con drogas

INDICADORES	FASE DEL PROGRAMA					MODELO TEÓRICO	FUENTES DE INFORMACIÓN / INSTRUMENTOS
	PI	Pr	Rs				
			Md	D			
<b>Bloque I. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y SANITARIAS RELACIONADAS CON LAS DROGAS</b>							
Prevalencia del consumo de drogas <ul style="list-style-type: none"> <li>Consumo drogas legales/ilegales: encuestas de auto-informe</li> <li>Consumo de alcohol absoluto por persona y año</li> <li>Consumo medio de cigarrillos por persona y año</li> </ul>	x				x		Encuestas sobre drogas a la Población escolar. PNSD (1994, 1996, 1998, 2000) Encuesta Domiciliaria sobre Drogas. PNSD (1995, 1997, 1999) ¶ análisis por CCAA Encuesta Vasca sobre Drogodependencias. Observatorio Vasco de Drogodependencias Encuesta sobre Drogas de Galicia. Xunta de Galicia Estimaciones del <i>World Drink Trends</i> recogidas en Indicadores de Salud. Cuarta evaluación en España del Programa Regional Europeo Salud para Todos Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo
Morbilidad y mortalidad <ul style="list-style-type: none"> <li>Tabaco (tasas de enfermedad y nº muertes) <i>Cáncer de pulmón, Infarto de miocardio, Enfermedad cerebrovascular EPOC, otros...</i></li> <li>Alcohol (tasas de enfermedad y nº muertes): <i>Accidentes de tráfico (muertes) Cardiomiopatía alcohólica Psicosis alcohólica Síndrome dependencia alcohólica Cirrosis hepática Pancreatitis crónica Cáncer esófago, otros...</i></li> <li>Otras drogas <i>Muertes x reacción aguda sustancia Número de episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico de drogas</i></li> </ul>	x					Promoción de la salud	Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo (1987, 1993, 1995, 1997) <a href="http://www.msc.es/salud/epidemiologia/home.htm">http://www.msc.es/salud/epidemiologia/home.htm</a> Informes del Observatorio Español sobre Drogas. GGPNSD <a href="http://www.mir.es/pnd/observa/index.htm">http://www.mir.es/pnd/observa/index.htm</a> Estadística de defunciones según la causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística <a href="http://www.ine.es/">http://www.ine.es/</a> Sistema de Información de Toxicomanías (SIT) del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco
Problemas sociales relacionados con las drogas (tasas x habitantes) <ul style="list-style-type: none"> <li>Paro</li> <li>Extrema deprivación social</li> <li>Desarraigo cultural</li> <li>Violencia: malos tratos amb familiar</li> <li>Divorcios</li> <li>Personas detenidas y denuncias por tráfico de drogas</li> <li>Sanciones administrativas por consumo de drogas en la vía pública</li> <li>Absentismo: escolar y laboral</li> </ul>	x					Promoción de la salud Socialización Primaria Conducta Problema	Informes del Observatorio Español sobre Drogas. GGPNSD <a href="http://www.mir.es/pnd/observa/index.htm">http://www.mir.es/pnd/observa/index.htm</a> Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias Informes de Policía Local Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacciones Anuario estadístico del Ministerio del Interior <a href="http://www.mir.es/">http://www.mir.es/</a> Instituto Nacional de Estadística <a href="http://www.ine.es">http://www.ine.es</a> Redes de Servicios Sociales y encuestas periódicas de instituciones sociales (extrema pobreza y desarraigo) ¶ datos a recoger desde los registros de los propios centros escolares y empresas

BLOQUE II. VARIABLES RELACIONADAS CON EL ENTORNO / AMBIENTE						
Disponibilidad de drogas (legales): • Venta litros de alcohol puro per capita/añual en población mayor de 16 años. Panel del Consumo Alimentario (Mº Agricultura, Pesca y Alimentación) • Venta nº de cigarrillos per capita/añual en población mayor de 16 años. Comisionado para el Mercado de Tabacos (Mº Economía) • Publicidad directa y patrocinio de marcas de tabaco y alcohol • Puntos de dispensación de alcohol y tabaco, máquinas dispensadoras horarios de venta...	x				Promoción de la salud  Socialización Primaria  Habilidades para la Vida	Informes del Observatorio Español sobre Drogas. DGPNS <a href="http://www.mir.es/pnd/observa/index.htm">http://www.mir.es/pnd/observa/index.htm</a>  Contabilizar el nº de actividades (musicales, deportivas...) patrocinadas por la industria del alcohol y/o tabaco. Posible a nivel local  No hay registros oficiales de puntos de venta de alcohol (muchos son ilegales. Si hay registro de puntos de venta de alcohol. Este tipo de indicador es más factible recogerlos a nivel local mediante observación y registro.
Consumo de drogas del entorno de influencia (amigos, familiares...)	x				Socialización Primaria Pseudomadurez Habilidades para la Vida Conducta Problema	Cuestionario de Percepción del consumo de alcohol en los grupos sociales de influencias INFLCOL-92  Cuestionario sobre factores de riesgo y protección de carácter familiar. Estudio para el Plan Municipal sobre Drogas de Madrid (8): ítems 14 y 21  Encuesta escolar del Proyecto PASE: ítems 17 a 21 (tabaco) y 48 a 52 (alcohol)  Cuestionario Estudio factores de riesgo en Majadahonda (Madrid) : ítems 17 a 20 y 44 a 46  ACRS. Auto-informe sobre Comportamientos Relacionados con la Salud.: ítems 28-30 y 34-36  CCD. Cuestionario de Consumo de Drogas del Programa Construyendo Salud (13) y estudio de Luengo y cols
Percepción de problema de drogas en el barrio	x				Socialización Primaria	Cuestionario sobre factores de riesgo y protección de carácter familiar. Estudio para el Plan Municipal sobre Drogas de Madrid : ítems 22 y 23
Influencia normativa (conocimiento y aplicación de la normativa)	x			x	Promoción de la Salud Socialización Primaria Habilidades para la Vida Conducta Problema	Items básicos EIB <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Programme_planning/pc3c3.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Programme_planning/pc3c3.shtml</a>  Cuestionario sobre Drogas: Influencias Normativas (Traducción de los ítems del EIB). Evaluación de casos. Programa Suspertu. (Proyecto Hombre-Pamplona)  Cuestionario del PPCDE de Galicia: ítems 7 y 8  Cuestionario 'Programa Espais Sense Fum' (7)  Cuestionario de evaluación del PPD: ítem 6 y 7
Desaprobación padres consumo de drogas	x		x		Habilidades para la Vida	Items básicos EIB. <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Programme_planning/pc3c4.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Programme_planning/pc3c4.shtml</a>  Cuestionario Estudio Factores de Riesgo en Majadahonda (Madrid): ítems 22 y 23
Normativa de los padres en relación con drogas	x		x		Habilidades para la Vida Conducta Problema	Items básicos del EIB <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Programme_planning/pc3c5.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Programme_planning/pc3c5.shtml</a>  Cuestionario sobre Factores de Riesgo y Protección de Carácter Familiar. Estudio para el Plan Municipal sobre Drogas de Madrid: ítem 12  Cuestionario Estudio Factores de Riesgo en Majadahonda (Madrid): ítems 21





Hora de llegada a casa de los hijos por la noche	x		X	Habilidades para la Vida Conducta Problema	Encuesta sobre Drogas en la Población Escolar. 2000. OED. PNsD
Socialización familiar, estrategias educativas de padres	x		x	Desarrollo Social	EMBU-89. Escala de Estrategias Educativas Familiares para hijos. Versión española del original de Perris et al. ESPA29. Escala de Socialización Parental en la Adolescencia, de Musitu y García. Distribuye TEA. Cuestionario sobre Factores de Riesgo y Protección de Carácter Familiar. Estudio para el Plan Municipal sobre Drogas de Madrid: ítem 38 a 40 Cuestionario Estudio Factores de Riesgo en Majadahonda (Madrid): ítems 36 y 37 ACRS. Auto-informe sobre Comportamientos Relacionados con la Salud. Programa de prevención de Granada: ítems 17 y 18 Cuestionario Estudio Epidemiológico Juventud y Drogas de Baleares y evaluación Programa tu Decides: ítems 30, 36-40
Problemas de los padres en la educación de los hijos	x		x	Habilidades para la Vida Conducta Problema	Listado de problemas que pueden experimentar los padres en relación con la educación de sus hijos. Traducido y adaptado del Programa de Prevención Familiar Triple P
Cohesión familiar	x		x	Desarrollo Social	FACES III (versión española del Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales)  Escala FES. Clima Social Familiar de Moos. Validada en España. Distribula TEA pero está descatalogada Cuestionario Estudio factores de riesgo en Majadahonda (Madrid) (16): ítems 15 a 16
Percepción de conflicto paterno/ familiar	x		x	Desarrollo Social Socialización Primaria Habilidades para la Vida Conducta Problema	Ítems básicos del EIB <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Programme_planning/pc3c7.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Programme_planning/pc3c7.shtml</a> Escala FES. Clima Social Familiar de Moos. Validada en España. Distribuye TEA. Cuestionario sobre Factores de Riesgo y Protección de Carácter Familiar. Estudio para el Plan Municipal sobre Drogas de Madrid: ítem 13 Cuestionario Estudio Epidemiológico Juventud y Drogas de Baleares y evaluación Programa tu Decides: ítem 47
Satisfacción familiar	x		x		ESFA. Escala de satisfacción familiar por adjetivos (Barraca y López Yarto). Distribuye TEA
Relación con los padres	x		x		Cuestionario sobre Factores de Riesgo y Protección de Carácter Familiar. Estudio para el Plan Municipal sobre Drogas de Madrid: ítem 25 y 26  Cuestionario sobre Dinámica Familiar del Alcohol del Programa Alfi: comunicación y relaciones Cuestionario Estudio Factores de Riesgo en Majadahonda (Madrid): ítems 14 Cuestionario Estudio Epidemiológico Juventud y Drogas de Baleares y evaluación Programa tu Decides: ítems 42, 45 y 46
Actividades compartidas con los padres	x		x	Habilidades para la Vida	Cuestionario sobre Factores de Riesgo y Protección de Carácter Familiar. Estudio para el Plan Municipal sobre Drogas de Madrid: ítem 37 Cuestionario Estudio Epidemiológico Juventud y Drogas de Baleares y evaluación Programa tu Decides: ítem 43
Abandono escolar	x			Habilidades para la Vida Conducta Problema Pseudomadurez	Recoger directamente de los centros escolares. También se puede construir como Porcentaje de niños en edad escolar que dejan los estudios al año en una zona determinada

Bloque III. POBLACIÓN DIANA. VARIABLES RELACIONADAS CON DROGAS: COGNICIONES Y CONDUCTA						
Conocimiento sobre drogas	x			x	Modelo racional o informativo La mayoría de modelos incorporan la información como componente	Items básicos del EIB. <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Summative_evaluation/pc5c9.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Summative_evaluation/pc5c9.shtml</a> Cuestionario C4PRE. Programa Municipal de prevención del Alcoholismo Juvenil. Subprograma Educativo. Ayuntamiento de Madrid. Bloque D Cuestionario de Información (tabaco, alcohol, psicofármacos y drogas ilegales) de Maciá CONCOL-92. Cuestionario sobre Conocimientos de Alcohol Encuesta escolar del Proyecto PASE: tabaco, alcohol, drogas Cuestionario de evaluación del PPD: ítems 2 y 3 Cuestionario sobre Conocimiento, Actitudes y Expectativas sobre el Alcohol del Programa Afil CID. Cuestionario de Información sobre Drogas. Programa Construyendo Salud Cuestionario sobre Información acerca de los Efectos para la Salud derivados del consumo de tabaco. Programa de Prevención de Granada
Actitudes ante el consumo de drogas	x			x	Teoría Actitud-conducta  Socialización Primaria	Items básicos del EIB <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Summative_evaluation/pc5c4.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Summative_evaluation/pc5c4.shtml</a> Cuestionario de Actitudes- Intención de Maciá ACTICOL-92. Cuestionario de Actitudes ante el Consumo de Alcohol Cuestionario del PPCDE de Galicia: ítem 4 y 9 Encuesta escolar del Proyecto PASE: tabaco, alcohol, drogas Escala de Evaluación de Actitudes y Valores. Registro colectivo del PIPES. Educación Primaria Cuestionario de evaluación del PPD: ítem 4, 8 y 15 Cuestionario C4PRE Programa Municipal de prevención del Alcoholismo Juvenil. Subprograma Educativo. Ayuntamiento de Madrid. Bloque D Cuestionario sobre Conocimiento, Actitudes y Expectativas sobre el Alcohol del Programa Afil Cuestionario abreviado (14 ítems) de la versión de Escamez por Luengo y cols. Para el Programa Construyendo Salud Cuestionario sobre Actitudes de Escames Sánchez y Martínez Mut; Ortega Ruiz y Mínguez Vallejos
Creencias sobre las consecuencias	x			x	Teoría Actitud-conducta	Items básicos del EIB <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Summative_evaluation/pc5c5.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Summative_evaluation/pc5c5.shtml</a>
Intención de consumo en un período determinado	x			x	Teoría de la Acción Razonada	Items básicos del EIB <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Summative_evaluation/pc5c3.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Summative_evaluation/pc5c3.shtml</a> Cuestionario sobre Drogas: Intención de Consumo (traducción de los ítems del EIB). Evaluación de casos. Programa Susperu. (Proyecto Hombre-Pamplona). Cuestionario de Actitudes- Intención de Maciá    no se especifica periodo CAD. Cuestionario actitudes/intención de consumo: ítems 1, 17, 11, 13, 15, 17, 18, 20, 22. Construyendo Salud Encuesta escolar del Proyecto PASE: ítems 31 y 32 tabaco, 70 otras drogas
Percepción de riesgo asociado al consumo de drogas	x			x	Teoría de la Acción Razonada Promoción de la Salud	Items básicos del EIB. <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Summative_evaluation/pc5c8.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Summative_evaluation/pc5c8.shtml</a> Cuestionario sobre Drogas: Opinión sobre Drogas (traducción de los ítems del EIB). Evaluación de casos. Programa Susperu (Proyecto Hombre-Pamplona)  Encuestas sobre Drogas a la Población Escolar. PNSD (1994, 1996, 1998, 2000)



Edad de inicio en el consumo	x		x	Modelo Evolutivo Socialización Primaria Habilidades para la Vida Conducta Problema	Items básicos del EIB <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Summative_evaluation/pc5c2.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Summative_evaluation/pc5c2.shtml</a> Cuestionario del PPCDE de Galicia: ítem 18b y 19ª Cuestionario sobre Factores de Riesgo y Protección de Carácter Familiar. Estudio para el Plan Municipal sobre Drogas de Madrid (8): ítem 41 Cuestionario de evaluación del PPD: ítem 16, 18b y 20ª Encuesta escolar del Proyecto PASE: ítems 28 y 60 Cuestionario C4PRE Programa Municipal de prevención del Alcoholismo Juvenil . Subprograma Educativo. Ayuntamiento de Madrid: ítem 29  Cuestionario Estudio Factores de Riesgo en Majadahonda (Madrid): ítems 2 y 3 Encuestas sobre Drogas a la Población Escolar. PNSD (1994, 1996, 1998, 2000) Encuesta Domiciliaria sobre Drogas. PNSD (1995, 1997, 1999) Encuesta sobre Drogas de Galicia. Xunta de Galicia
Consumo de drogas (auto-informe)	x		x	Teoría de la Acción Razonada	Items básicos del EIB AUDIT. Test para la identificación de trastornos por consumo de alcohol. Versión validada en castellano y catalán Cuestionario sobre Hábitos de Consumo de Maciá HABICOL-92. Evaluación de Hábitos de Consumo de Alcohol Cuestionario del PPCDE de Galicia: ítems 17 a 19 Encuesta escolar del Proyecto PASE: tabaco, alcohol, drogas Cuestionario sobre Factores de Riesgo y Protección de Carácter Familiar. Estudio para el Plan Municipal sobre Drogas de Madrid: ítems 9 a 11  Cuestionario de evaluación del PPD: ítem 16, 18 y 20  Encuesta escolar del Proyecto PASE: ítems 22 a 27(tabaco) y 53 a 65 (alcohol)  Cuestionario C4PRE Programa Municipal de prevención del Alcoholismo Juvenil . Subprograma Educativo. Ayuntamiento de Madrid. Bloque E CCD. Cuestionario de Consumo de Drogas del Programa Construyendo Salud Cuestionario Estudio Factores de Riesgo en Majadahonda (Madrid): ítems 2 y 3 ACRS. Auto-informe sobre Comportamiento Relacionados con la Salud. Programa de Prevención de Granada
Percepción de facilidad de acceso a las drogas (disponibilidad percibida)	x		x	Habilidades para la Vida Socialización Primaria	Items básicos EIB. <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Programme_planning/pc3c9.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Programme_planning/pc3c9.shtml</a> Cuestionario sobre Factores de Riesgo y Protección de Carácter Familiar. Estudio para el Plan Municipal sobre Drogas de Madrid: ítem 18 Encuestas sobre drogas a la Población Escolar. PNSD (1994, 1996, 1998, 2000) Encuesta Domiciliaria sobre Drogas. PNSD (1995, 1997, 1999)
Comprar o facilitar tabaco /alcohol a padres o familiares	x		x	Socialización Primaria Habilidades para la Vida	Cuestionario sobre Factores de Riesgo y Protección de Carácter Familiar. Estudio para el Plan Municipal sobre Drogas de Madrid: ítem 15 y 16
Experimentar el ofrecimiento de drogas	x		x	Socialización Primaria Habilidades para la Vida	Cuestionario sobre Factores de Riesgo y Protección de Carácter familiar. Estudio para el Plan Municipal sobre Drogas de Madrid: ítem 17

Percepción de normalidad del consumo en el entorno de amigos	x		X	Socialización Primaria Habilidades para la Vida	Cuestionario sobre Factores de Riesgo y Protección de Carácter Familiar. Estudio para el Plan Municipal sobre Drogas de Madrid: ítem 19 Cuestionario sobre Estimación de la Incidencia del Consumo de Tabaco
Actitud ante la publicidad sobre drogas legales	x		X	Socialización Primaria	Cuestionario C4PRE Programa Municipal de prevención del Alcoholismo Juvenil . Subprograma Educativo. Ayuntamiento de Madrid. Bloque A Cuestionario de evaluación del PPD
<b>BLOQUE IV. POBLACIÓN DIANA. VARIABLES INTERMEDIAS (NO REFERIDAS DIRECTAMENTE A DROGAS O DISTALES)</b>					
Valores	x		x	Socialización Primaria Habilidades para la Vida	Escala de Valores Humanos VAL-8. Versión española original de Rokeach, 1973 Escala de Evaluación de Actitudes y Valores. Registro colectivo del PIPES. Educación Primaria Cuestionario sobre Valores. Material de evaluación del Programa Suspertu. (Proyecto Hombre-Pamplona)
Autoestima	x		x	Promoción de la Salud Socialización Primaria Habilidades para la Vida Conducta Problema	Items básicos EIB. <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Mediating/pc6c1.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Mediating/pc6c1.shtml</a> Escala de autoestima de Coopersmith. Material de evaluación del Programa Suspertu. (Proyecto Hombre-Pamplona) Cuestionario del PPCDE de Galicia: ítem 6 Cuestionario C4PRE Programa Municipal de prevención del Alcoholismo Juvenil . Subprograma Educativo. Ayuntamiento de Madrid. ítem 14 AUTE. Escala de Autoestima de Rosenberg, adaptada por Luengo y cols y utilizado en el Construyendo Salud
Autoimagen /autoconcepto	x		x		Cuestionario de Evaluación del Programa En la Huerta con mis Amigos (7-9 años): ítems 1, 10,11, 16 y 17 Cuestionario de Evaluación del Autoconcepto. Martorell, Aloy, Gómez y Silva, 1993 AFA. Autoconcepto (formato A): 36 elementos. Autores Musitu, García y Gutiérrez. Distribuye TEA Versión adaptada y reducida del AFA para el Construyendo Salud Cuestionario Estudio Epidemiológico Juventud y Drogas de Baleares y evaluación Programa tu Decides: ítem 72
Depresión	x		x	Conducta Problema	Escala de Evaluación de la Depresión de del Barrio y Silva, 1993) CDS. Escala de Depresión para Niños (8-16 años): 66 elementos. Autor: Lang y Tisher. Validada en España. Distribuye TEA BDI. Inventario de depresión. Autores: Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979. Material de evaluación del Programa Suspertu. (Proyecto Hombre-Pamplona) Autoescala de Depresión de Zung. Material de evaluación del Programa Suspertu. (Proyecto Hombre-Pamplona). Escala de Depresión Infantil de Kovacks, adaptada por Ángeles Sanz. Material de evaluación del Programa Suspertu. (Proyecto Hombre-Pamplona) Escala de Depresión. Adaptación M.M. Casullo -1994



Ansiedad	x		x	Modelo de Simons et al. Déficit en el control de las emociones	CAS. Cuestionario de Ansiedad infantil (6–8 años). Autor: Gillis. Distribuye TEA. STAI. Inventario de Ansiedad Estado–Rasgo. Autores: Spielberger, Gorsuch y Lushene. Edistribuye TEA AS. Escala de Ansiedad Social. Programa Construyendo Salud
Ira	x		x	Modelo de Simons et al. Déficit en el control de las emociones Habilidades para la Vida	STAXI–2. Inventario de Expresión de Ira Estado–Rasgo de Spielberg. Distribuye TEA Escala de Expresión de la Ira derivado del STAXI por Luengo y cols. para evaluar componentes del Construyendo Salud
Auto-control	x		x	Habilidades para la Vida	CACIA. Cuestionario de Auto-control Infantil y Adolescente. Evalúa proceso básicos y habilidades de autocontrol. Autores Capafóns Bonet y Silva Moreno. Distribuye TEA
Búsqueda de sensaciones	x		x	Socialización Primaria Habilidades para la Vida Desarrollo Social	BBS. Escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman y cols. Utilizada en estudio psicosocial por Luengo y cols: 4 sub-escalas: búsqueda de emociones y aventuras, búsqueda de experiencias, desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento.
Asertividad	x		x	Habilidades para la Vida	Items básicos del EIB. <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Mediating/pc6c2.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Mediating/pc6c2.shtml</a> Inventario de Asertividad de Gambrell y Richey –GRAI Inventario de Asertividad de Rathus –RAS IA. Cuestionario de Asertividad del Construyendo Salud: Versión reducida (15 ítems) del de Gambrell y Richey
Susceptibilidad a la persuasión	x		x	Conducta Problema	IPD. Escala de Susceptibilidad o Resistencia a la Persuasión elaborada para el programa Construyendo Salud (13)
Percepción de apoyo social	x		x	Desarrollo Social	Items básicos del EIB. <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Mediating/pc6c3.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Mediating/pc6c3.shtml</a> Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASOP), original de Zimet GD y cols (1988). Versión en castellano de IM Martínez Higuera, 1992 Cuestionario sobre Factores de Riesgo y Protección de Carácter Familiar. Estudio para el Plan Municipal sobre Drogas de Madrid: ítem 31 Cuestionario Estudio Factores de Riesgo en Majadahonda (Madrid): ítems 24 –25, 30–31
Perspectiva temporal futura	x		x	Motivación y Perspectiva Temporal Futura (Nuttin, 1985)	Actitud ante el futuro. Escala de Evaluación Afectiva Global de Nuttin (1985) adaptada por Garrido y Pérez-Solis (1993)
Problemas de conducta	x		x	Conducta Problema	Items básicos del EIB. <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Mediating/pc6c4.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Mediating/pc6c4.shtml</a> Versión española del Inventario de Alteraciones de Conducta en Preescolares (3–5 años) ECBI: Eyberg Child Behavior Inventory Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT). Listado de problemas adolescentes en distintas áreas. Accesible desde Internet: <a href="http://www.niaaa.nih.gov/publications/insposit.htm">http://www.niaaa.nih.gov/publications/insposit.htm</a> . Existe versión en Castellano que se puede solicitar al NIAAA

Problemas personales	x		x	Conducta Problema	Lista de Problemas Personales. Material de Evaluación del Programa Susperu. (Proyecto Hombre–Pamplona). Escala de Sucesos de Vida de M.M. Casullo
Conductas de salud e integración psico-social	x		x	Promoción de la Salud Desarrollo Social	Cuestionario de Evaluación del Programa En la Huerta con mis Amigos (7–9 años): ítems 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14 y 15 CIAS. Cuestionario sobre Información, Actitudes y Síntomas acerca de los Cambios Físicos en la Adolescencias. Programa de Prevención de Granada ACRS. Auto-informe sobre Comportamientos Relacionados con la Salud. Programa de Prevención de Granada: ítems 9–15 y 24–26
Adaptación al entorno inmediato (socialización inadecuada)	x		x	Desarrollo Social Socialización Primaria	IAC. Inventario de adaptación de conducta ( a partir de 12 años) de De la Cruz y Cordero. Evalúa el grado de adaptación en los aspectos personales, familiares, escolares y sociales. Distribuye TEA. TAMAI. Test Autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil (8–18 años). Valora la inadaptación personal, social, escolar y familiar así como las actitudes educadoras de los padres. Autores Hernández y Hernández. Distribuye TEA.
Conducta social y antisocial	x		x	Promoción de la Salud Pseudomadurez Conducta Problema Desarrollo Social	Ítems básicos del EIB <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Programme_planning/pc3c8.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Programme_planning/pc3c8.shtml</a> BAS. Batería de Socialización de Silva y Martorell. Distribuye TEA A–D. Cuestionario de Conductas Antisociales–Delictivas. Autor N. Seisdedos. Distribuye TEA. CCA. Cuestionario de Conducta Antisocial. (Dimensiones: Agresión, robo, conducta contra normas y vandalismo). Programa Construyendo Salud CC–P. Cuestionario de Conducta Prosocial de Martorell y González –1992 CC–A. Cuestionario de Conducta Antisocial de Martorell y González -1992
Habilidades de toma de decisiones	x		x	Habilidades para la Vida Pseudomadurez Desarrollo social	Ítems básicos del EIB. <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Mediating/p6c5.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Mediating/p6c5.shtml</a> Escala de Evaluación de Procedimientos de Toma de Decisiones. Registro colectivo del PIPES. Educación Primaria Cuestionario Estudio Epidemiológico Juventud y Drogas de Baleares y evaluación Programa tu Decides: ítems 118 y 119
Habilidades de afrontamiento	X		x	Habilidades para la Vida Pseudomadurez Desarrollo Social	Inventario de Solución de Problemas Sociales (Social Problem–Solving Inventory–Revised SPSI–R) de Maydeu y d’Zurilla (1996). Adaptado para el Construyendo Salud: orientación negativa a los problemas, estilo de afrontamiento racional, estilo impulsivo y estilo de evitación
Estilo de Afrontamiento de problemas	x		x	Modelo de afrontamiento de Willis Socialización Primaria	ACS. Escalas de Afrontamiento para Adolescentes: 80 elementos. Autores Frydenberg y Lewis. Validada en España. Distribuye TEA Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman, 1984
Habilidades de solución de problemas	X		x	Habilidades para la Vida Desarrollo Social Pseudomadurez	Cuestionario de Evaluación del Programa En la Huerta con mis Amigos (7–9 años): ítems 18 19 20 21 22 23 24 25 26 y 27 SPSI. Inventario de Solución de Problemas Sociales de Maydeu y d’Zurilla, adaptado para el Construyendo Salud: orientación negativa a los problemas, estilo de afrontamiento racional, estilo impulsivo y estilo de evitación Cuestionario Estudio Epidemiológico Juventud y Drogas de Baleares y evaluación Programa tu Decides: ítems 121 a 123



Habilidades sociales	x		x	Habilidades para la Vida Desarrollo Social Pseudomadurez	Cuestionario de habilidades sociales de Mariana Segura. Material de evaluación del Programa Suspertu. (Proyecto Hombre–Pamplona).  Cuestionario de Habilidades Sociales de Maciá EHS. Escala de Habilidades Sociales de Gismero. Distribuye TEA AECS. Actitudes y Estrategias Cognitivas Sociales, de Moraleda y cols. Distribuye TEA Escala de Evaluación de la Competencia Individual para la Interacción Social. Registro colectivo del PIPES. Educación Primaria Cuestionario C4PRE Programa Municipal de prevención del Alcoholismo Juvenil . Subprograma Educativo. Ayuntamiento de Madrid: algunos ítems del Bloque B y C
Motivación y asistencia a clase	x		x	Desarrollo Social	Cuestionario C4PRE Programa Municipal de prevención del Alcoholismo Juvenil . Subprograma Educativo. Ayuntamiento de Madrid: ítem 32 y 33
Rendimiento escolar	x		x	Conducta Problema	Cuestionario sobre factores de riesgo y protección de carácter familiar. Estudio para el Plan Municipal sobre Drogas de Madrid: ítems 32 a 36  Cuestionario C4PRE Programa Municipal de prevención del Alcoholismo Juvenil . Subprograma Educativo. Ayuntamiento de Madrid. ítem 31 Cuestionario Estudio factores de riesgo en Majadahonda (Madrid): ítem 50 Cuestionario Estudio Epidemiológico Juventud y Drogas de Baleares y evaluación Programa tu Decides: ítems 12 y 13 CS. Cuestionario de Evaluación del Programa Construyendo Salud: ítems 21 y 22 Índice numérico de alumnos repetidores (registros de centros escolares)
Apego a los padres y a la familia	x		x	Desarrollo Social	Items básicos EIB <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Programme_planning/pc3c6.htm">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Programme_planning/pc3c6.htm</a> Cuestionario Estudio Factores de Riesgo en Majadahonda (Madrid): ítems 26–30 y 33–35 IPPA. Inventario de Apego a Padres e Iguales de Armsden Y Greenberg, utilizado por Luengo y cols.
Apego a instituciones convencionales	x		x	Desarrollo Social	Items básicos del EIB. <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Mediating/pc6c6.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Mediating/pc6c6.shtml</a> Cuestionario sobre Factores de Riesgo y Protección de Carácter Familiar. Estudio para el Plan Municipal sobre Drogas de Madrid (8): ítem 30 Cuestionario Estudio Factores de Riesgo en Majadahonda (Madrid) (16): ítems 8 y 10 Cuestionario Estudio Epidemiológico Juventud y Drogas de Baleares y evaluación Programa tu Decides: ítems 48, 50, 62
Ocupación del tiempo libre	x		x	Promoción de la Salud Habilidades para la Vida	Cuestionario sobre Alternativas de Ocio. Material del programa Suspertu. (Proyecto Hombre–Pamplona).  Cuestionario sobre alternativas de Maciá Cuestionario del PPCDE de Galicia: 3 primeros ítems Cuestionario de evaluación del PPD: ítem 1 Cuestionario Estudio Epidemiológico Juventud y Drogas de Baleares y evaluación Programa tu Decides: ítems 28 y 29
Disponibilidad de dinero semanal	x		x	Promoción de la Salud Socialización Primaria Habilidades para la Vida	Cuestionario sobre factores de riesgo y protección de carácter familiar. Estudio para el Plan Municipal sobre Drogas de Madrid: ítem 20  Cuestionario Estudio Epidemiológico Juventud y Drogas de Baleares y evaluación Programa tu Decides: ítems 11 y 26

BLOQUE V. VARIABLES RELACIONADAS CON EL PROGRAMA					
<p>Calidad del Programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fidelidad de aplicación del programa</li> <li>Coherencia interna: marco teórico, objetivos, indicadores, resultados</li> <li>Cumplir criterios de acreditación de las Administraciones</li> <li>Seguir estándares de Sistemas de Información: IDEA/EDDRA</li> <li>Replicación de un prototipo de prevención</li> </ul>		x		Modelos de Buena Práctica. CSAP	<p>Items básicos EIB. <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Formative_evaluation/pc4c1.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Formative_evaluation/pc4c1.shtml</a></p> <p>Estar financiado o respaldado por alguna Administración responsable en drogas</p> <p>Estar en las bases de datos de alguno de los Sistemas de Información existentes</p>
Implicación de los participantes		x			<p>Items básicos EIB. <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Formative_evaluation/pc4c2.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Formative_evaluation/pc4c2.shtml</a></p> <p>Registros del programa: Índice que expresa el porcentaje de personas que participan activamente</p>
Número de individuos participando en el programa: convocados, que finalizan		x			Registro del programa: índice numérico de sujetos convocados...
Opinión de los participantes sobre el programa: grado de satisfacción		x			<p>Frecuentemente protocolos y fichas de los programas</p> <p>Cuestionario sobre Opiniones del Programa Afili – versión padres e hijos</p> <p>Cuestionario C5 POST Programa Municipal de Prevención del Alcoholismo Juvenil, Subprograma Educativo. Ayuntamiento de Madrid: ítem 35 a 39</p> <p>Cuestionario de evaluación de la satisfacción con el programa. Formas I, II y III</p>
Clases/alumnos que se comprometen a no fumar /beber por un período determinado		x			Se recoge como Índice numérico en aquellos programas donde se plantee como objetivo este compromiso. Un ejemplo son los programas del tipo <i>Quit&amp;Win</i> (programa internacional en formato de campaña concurso para permanecer sin fumar durante un período determinado)
Material distribuido		x			Registro del programa: Índice numérico x tipo material
Intensidad de participación		x			Media del número de veces que participan los asistentes
Nº de actividades desarrolladas		x			Registro del programa: índice numérico x actividad
Retención en el programa		x		Estudios de eficacia	Índice numérico que expresa la relación entre los captados y los que finalizan
Derivaciones a recursos asistenciales o especializados		x			Registro del programa : Índice numérico
Interés que suscita el programa en la comunidad		x			Demandas de implementación del programa o de sus materiales en otros puntos







BLOQUE VI. VARIABLES RELACIONADAS CON LA COMUNIDAD o MEDIADORES					
Percepción de extensión del problema de drogas	x		x	Promoción de la Salud	Items básicos del EIB: <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Formative_evaluation/pc4c4.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Formative_evaluation/pc4c4.shtml</a>
Necesidad percibida de la prevención (líderes de la comunidad)	x		x	Modelo de Buena Práctica. CSAP	Encuesta de Evaluación de la Receptividad de la Comunidad de Goodman y Wnadersman : conciencia del problema de drogas, preocupación y acción ( <a href="http://www.open.org/~westcapt/survey.html">http://www.open.org/~westcapt/survey.html</a> )
Opinión en relación con las medidas contra las drogas	x		x	Promoción de la Salud	Items básicos del EIB: <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Formative_evaluation/pc4c5.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Formative_evaluation/pc4c5.shtml</a>

# BIBLIOGRAFÍA







## BIBLIOGRAFÍA

- AGENCIA ANTIDROGA DE MADRID. *Banco de Instrumentos de Evaluación de Intervenciones Preventivas*. <http://bip-agencia-antidroga.net>
- ALONSO, C., SALVADOR, T., SUELVES, T., JIMÉNEZ, R. Y MARTÍNEZ, I. (2004). *Prevención de la A a la Z. Glosario de términos de prevención*. Madrid: CEPS.
- ALVIRA, F. (1991). *Metodología de la evaluación de programas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- ALVIRA, F. (1999). *Manual para la elaboración y evaluación de Programas de Prevención del Abuso de Drogas*. Madrid: Agencia Antidroga.
- BALLESTÍN, BOSCH Y NEBOT (1999). Conocimiento y aplicación de las normativas sobre tabaquismo en centros de enseñanza secundaria. *Atención Primaria*, 24(10):589-593
- BECOÑA, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- BECOÑA, E. (2002). *Bases científicas de la Prevención de Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- CARRASCO, LUNA Y VILA. *Programa de prevención del consumo de drogas y promoción de hábitos de vida saludables entre adolescentes de la ciudad de Granada*. No publicado.
- CASULLO, M. M. (1998). *Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica*. Buenos Aires: Paidós.
- CÁZARES, A. Y BEATTY, L. A. (1994). (1994). *Scientific methos for prevention intervention research*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

- CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD. *Idea-Prevención*. [www.idea-prevencion.org](http://www.idea-prevencion.org)
- CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD (1999). *Estudio sobre factores de Riesgo y Protección de carácter familiar relacionado con el uso y abuso de drogas en adolescentes del municipio de Madrid*. No publicado
- COMECHE, DÍAZ Y VALLEJO (1995). *Cuestionario, Inventarios y Escalas. Ansiedad, Depresión y Habilidades Sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa
- CONTEL, GUAL Y COLOM (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*, 11(4), 337-347.
- CRITERIA GRUPO DE EVALUACIÓN (2000). *Avaliación de proceso e resultados da aplicación dos materiais didácticos na ESO*. Colección Drogodependencias. Estudios 24. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia
- CRITERIA GRUPO DE EVALUACIÓN (1998). *Evaluación de Resultados. Programa de Prevención de Drogodependencias en Centros Educativos de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura, Comunidad de Madrid y Ayuntamiento de Madrid.
- DIEZ, R. (2000). *Programa Alfil. Grupos Psicoeducativos para jóvenes con antecedentes familiares de Alcoholismo. Manual para educadores y terapeutas*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- EDWARDS, R. W., JUMPERS-THURMAN, P., PLESRED, B. A., OETTING, E. R. Y SWANSON, L. (2002). Community Readiness: Research to practice. *Journal of Community Psychology*, 3.
- ESCÁMEZ, J. (1990). *Drogas y Escuela. Una propuesta de prevención*. Madrid: Dykinson.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA) (2000). *Evaluation: a key tool for improving drug prevention*. Belgium: EMCDDA.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). *Exchange on drug demand-reduction action (EDDRA)* [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org)
- FERNÁNDEZ DE PINEDO, GOROSTIZA, LAFUENTE, OJEMBARRENA Y OLASKOAGA (1998). *Versión española del ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory): medida de validez*
- FERNÁNDEZ HERMIDA, J. R. Y SECADES, R. (2002). *Intervención Familiar en la Prevención de Drogodependencias*. Madrid. Plan Nacional sobre Drogas.
- FROJAN, M. J. Y SANTACREU, J. (1993). *Guía de actuación para la prevención del consumo de drogas*. Valencia: Promolibro.

- GRAÑA, MUÑOZ-RIVAS Y PEÑA (2000). Variables psicológicas relacionadas con el consumo de drogas en adolescentes: depresión y autoconcepto. *Rev. Española de Drogodependencias*, 25 (1): 170-181.
- KRÖGER, C., WINTER, H. Y SHAW, R. (1997). *Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas*. Lisboa: Observatorio Europeo para las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA).
- LABRADOR, F. J. (1992). *El Estrés. Nuevas Técnicas para su Control*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.
- LUENGO, ROMERO, GÓMEZ, GUERRA Y LENCE (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio del Interior. Universidad de Santiago de Compostela
- LUENGO, OTERO, MIRÓN Y ROMERO (1994). *Análisis Psicosocial del Consumo de Drogas en los Adolescentes Gallegos. Colección Drogodependencias 16*. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas
- LUSTHAUS, C., ANDERSON, G. Y MURPHY, E. (1995). *Institutional assessment: A framework for strengthening organizational capacity for IDRC's research partners*. Ottawa: International Development Research Center.
- MACÍA, D. (1995). *Las drogas: conocer y educar para prevenir*. Madrid: Editorial Pirámide, SA.
- MARTÍN, E. (1995). De los objetivos de la prevención a la prevención por objetivos. En Becoña, E. et al. *Drogodependencias IV. Prevención* (pp. 51-73). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago.
- MUÑOZ, GRAÑA Y CRUZADO (2000). *Factores de Riesgo en Drogodependencias: Consumo de Drogas en Adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- NIDA (2001). *Principles of drug addiction treatment*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- PLAN DE GALICIA SOBRE DROGAS (1998). *El consumo de drogas en Galicia IV. Colección Drogodependencias*. 21. Xunta de Galicia: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (1997). *Prevención de las Drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2000). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: Ministerio del Interior.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS Y FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE MUNICIPIOS Y PROVINCIAS (FEMP) (2001). *Manual para la elaboración de planes municipales sobre drogas*. Bilbao: Edex.

- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS Y FEMP (2003). *Primer catálogo de buenas prácticas en drogodependencias*. Madrid: FEMP.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2002). *Informe: Planes Municipales sobre Drogas*. Madrid: FEMP.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2002). *Informe nº 5*. Observatorio Español sobre Drogas (2002). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2002). *Guía para la prevención de drogodependencias. Cuaderno del Profesor*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- PONCE, GÓMEZ, IRIGOYEN, TERÁN, LADGRAVE, HERNÁNDEZ, MONTESINOS Y HERNÁNDEZ (1999). Análisis de la confiabilidad de FACES III (versión en Español). *Atención Primaria*, 23 (8): 479-484.
- PONS Y BERJANO (1999). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2002). *Achieving Outcomes: a Practitioner's Guide to Effective Prevention*. Center for Substance Abuse Prevention. [www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov)