



portal **bbpp**
ADICCIONES

Estándares europeos de calidad para la prevención de drogodependencias

Manual para profesionales de prevención

Traducción autorizada de la publicación del Observatorio
Europeo de las Drogas y las Toxicomanías - MANUAL nº 7

Aviso legal de la publicación original

Esta publicación del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (EMCDDA) está protegida por los derechos de autor. El EMCDDA no asume responsabilidad alguna por las consecuencias derivadas del uso de los datos contenidos en este documento. El contenido de esta publicación no refleja necesariamente las opiniones oficiales de los socios del EMCDDA, de ningún Estado miembro de la Unión Europea o de cualquier organismo o institución de la misma.

Esta publicación se preparó con la *Prevention Standards Partnership*. El desarrollo de los estándares fue cofinanciado (60%) por la Comisión Europea (CE) en el marco del Programa de Acción Comunitaria en el ámbito de la Salud Pública (2003-2008). Nombre del proyecto: "Estándares europeos en evidencia para la prevención de las drogodependencias", Proyecto Nº 2007304.

Información adicional sobre la Unión Europea está disponible en Internet. Se puede acceder a través del servidor Europa (<http://europa.eu>).

Europe Direct es un servicio que le ayudará a encontrar respuestas a sus preguntas sobre la Unión Europea.

Número de teléfono gratuito (*): 00 800 6 7 8 9 10 11. (*) Ciertos operadores de telefonía móvil no permiten el acceso a números 00 800 o pueden facturar estas llamadas.

Los datos de catalogación se encuentran al final de esta publicación.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2011

ISBN: 978-92-9168-487-8

doi: 10.2810 / 48879

© European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías), 2011

Se autoriza la reproducción siempre que la fuente sea reconocida. Los estándares no deben ser modificados (es decir, añadidos u omitidos) sin el permiso del EMCDDA/Prevention Standards Partnership.



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



Aviso legal de la traducción

Publicado por primera vez en inglés como: *European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. EMCDDA MANUALS nº 7*, por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomías, 2011

Traducción al español realizada por Manuel José Bonilla Puerta, verificada por el Servicio de Promoción y Educación para la Salud (Dirección General de Salud Pública y Adicciones de la Consejería de Salud, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia) y por IREFREA-Instituto Europeo de Estudios en Prevención. España.

En caso de que exista cualquier discrepancia entre la traducción y el contenido original, prevalecerá el sentido del texto original en inglés.

© De la traducción: Consejería de Salud, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Nº DL: MU 28-2020.

Financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Índice de contenidos:

- 5 Agradecimientos**
- 6 Prefacio**
- 7 Prefacio de la Asociación de Estándares de Prevención**
- 9 PARTE UNO: Introducción**
- 10 Capítulo 1: Enfoques actuales de la prevención de drogodependencias en Europa**
- 16 Capítulo 2: Uso de los estándares de calidad**
- 17 ¿Cuáles son los estándares de calidad para la prevención de drogodependencias en Europa?
- 18 ¿Qué definición de prevención de drogodependencias se utiliza?
- 19 ¿Cómo se pueden utilizar los estándares y cuál es su propósito?
- 23 ¿Qué se puede "evaluar" con los estándares?
- 24 ¿Quién debería utilizar los estándares?
- 25 ¿Cómo se estructuran los estándares y qué contenido abarcan?
- 30 ¿Cuál es la diferencia entre los estándares básicos y los avanzados?
- 32 Capítulo 3: Acerca de los estándares de calidad**
- 33 ¿Por qué se desarrollan estos estándares?
- 34 ¿Qué políticas son compatibles con los estándares?
- 35 ¿Cómo se desarrollaron los estándares?
- 37 ¿Cuáles son las condiciones para la implementación de los estándares y cuáles podrían ser las barreras potenciales?
- 40 PARTE DOS: Los estándares**
- 42 Aspectos transversales**
- 45 A: Sostenibilidad y financiación
- 49 B: Comunicación y participación de los grupos de interés para el programa
- 54 C: Capacitación del personal
- 59 D: Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias
- 65 Etapa 1 del proyecto: Evaluación de necesidades**
- 67 1.1 Conocimientos sobre las políticas y la legislación sobre drogodependencias
- 69 1.2 Evaluación del consumo de drogas y de las necesidades de la comunidad
- 73 1.3 Descripción de la necesidad – Justificación de la intervención
- 77 1.4 Conocimiento sobre la población diana
- 82 Etapa 2 del proyecto: Evaluación de recursos**
- 84 2.1 Evaluación de los recursos de la población diana y de la comunidad
- 86 2.2 Evaluación de las capacidades internas
- 88 Etapa 3 del proyecto: Formulación del programa**
- 91 3.1 Definición de la población diana
- 93 3.2 Utilización de un modelo teórico que sustente la intervención
- 95 3.3 Definición de fines, metas y objetivos

99	3.4	Definición del contexto de la intervención
101	3.5	Empleo de la evidencia de efectividad
103	3.6	Elaboración del cronograma
105	Etapa 4 del proyecto: Diseño de la intervención	
107	4.1	Diseñado con calidad y efectividad
111	4.2	Si se selecciona una intervención ya existente
115	4.3	Adaptación de la intervención a la población diana
119	4.4	Si se planifican evaluaciones finales
130	Etapa 5 del proyecto: Gestión y movilización de recursos	
133	5.1	Planificación del programa – Ilustración de la planificación del proyecto
137	5.2	Planificación de los requisitos de financiación
139	5.3	Configuración del equipo
142	5.4	Captación y retención de los participantes
146	5.5	Preparación de los materiales del programa
148	5.6	Aportación de una descripción del programa
150	Etapa 6 del proyecto: Implementación y monitorización	
153	6.1	Si se desarrolla una intervención piloto
155	6.2	Implementación de la intervención
157	6.3	Monitorización de la implementación
160	6.4	Adaptación de la implementación
163	Etapa 7 del proyecto: Evaluaciones finales	
165	7.1	Si se realiza una evaluación de resultados
170	7.2	Si se realiza una evaluación de proceso
173	Etapa 8 del proyecto: Difusión y mejora	
175	8.1	Se determina si el programa debe mantenerse
178	8.2	Difusión de la información sobre el programa
182	8.3	Si se elabora un informe final
184	Apéndice:	
186	Documentos originales de los estándares	
190	Guía adicional	
193	Glosario de términos útiles con los estándares de calidad de prevención de drogodependencias europeos	
225	Referencias bibliográficas	

Agradecimientos

Autores

Angelina Brotherhood, Centro de Salud Pública, Universidad John Moores de Liverpool, Reino Unido.

Harry R. Sumnall, Centro de Salud Pública, Universidad John Moores de Liverpool, Reino Unido.

Colaboradores (por orden alfabético).

Franco Badii, Azienda Sanitaria Locale n. 2 – Savonese (ASL2), Italia.

Cristina Bergo, ASL di Milano, Italia.

Diana Bolanu, Agencia Anti-droga Nacional (NAA), Rumanía.

Gregor Burkhart, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), Portugal.

Rosario Caruso, Azienda Sanitaria Locale n. 2 – Savonese (ASL2), Italia.

Corrado Celata, ASL di Milano, Italia.

Rachele Donini, Azienda Sanitaria Locale n. 2 – Savonese (ASL2), Italia.

Katalin Felvinczi, Instituto de Política Social y Trabajo - Instituto Nacional de Prevención de Drogodependencia (SZMI–NDI), Hungría.

Riccardo C. Gatti, ASL di Milano, Italia.

Jesús Moran Iglesias, Consejería de Sanidad — Servicio Gallego de Sanidad — Xunta de Galicia, España.

Artur Malczewski, Oficina Nacional de Prevención de Drogas (NBDP), Polonia.

Roberto Mancin, ASL di Milano, Italia.

Maurizio Panza, Azienda Sanitaria Locale n. 2 — Savonese (ASL2), Italia.

Francesca Romani, Azienda Sanitaria Locale n. 2 — Savonese (ASL2), Italia.

Editár Sebestyén, Instituto de Política Social y Trabajo - Instituto Nacional de Prevención de Drogodependencias (SZMI-NDI), Hungría.

Diana Serban, Agencia Nacional Antidroga (ANA), Rumania.

Katalin Simon, Instituto de Política Social y Trabajo - Instituto Nacional de Prevención de Drogodependencias (SZMI-NDI), Hungría.

Nadia Vimercati, ASL di Milano, Italia.

Anna Zunino, Azienda Sanitaria Locale n. 2 — Savonese (ASL2), Italia.

Entidades colaboradoras asociadas

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT).

Instituto de Investigación sobre Alcohol y Drogas (SIRUS), Noruega.

Centro Federal de Educación para la Salud (BZgA), Alemania.

Instituto de Drogas y Toxicomanías (IDT), Portugal.

Estudio Consulenza e Valutazione nel Sociale (CEVAS), Italia.

Una lista de las organizaciones que participan en las consultas estructuradas está disponible como suplemento en línea de este manual en: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards/annex>

Prefacio

La prevención es uno de los primeros temas que se mencionan cuando el debate público y la política abordan el uso de drogas y los problemas relacionados con ellas. Normalmente las medidas de prevención se presentan como un medio para superar problemas existentes o futuros. Sin embargo, a menudo, se pasa por alto la evidencia de "lo que funciona" en la práctica. De manera similar, la investigación ha mostrado ejemplos en los que los esfuerzos preventivos no producen efectos o producen efectos perjudiciales.

Esta publicación ayudará a dirigir los esfuerzos en la dirección correcta. Utilizando un marco de referencia empírico, creando puentes entre las diferencias entre la ciencia, la política y la práctica. Sobre la base de una visión general de los estándares sobre calidad en prevención de drogodependencias existentes en Europa y otros países externos, varios expertos muy respetados de los Estados miembros de la Unión Europea (UE) y organizaciones internacionales trabajaron juntos para preparar esta publicación. Más de 400 expertos y participantes se incluyeron en varios grupos de discusión en un estudio de panel con el método Delphi, que produjeron debates en profundidad y se llegó a un consenso sobre las recomendaciones más importantes. Los resultados del novedoso proyecto sobre estándares de prevención, financiado por La Comisión Europea, están publicados en la serie de Manuales del OEDT.

En esta serie de Manuales se ofrece información, consejos y orientación a profesionales. Bien estructurada y con muchas tablas y cifras útiles, esta publicación ayudará a los técnicos a realizar, a medida que avancen, desde una primera evaluación de necesidades hasta la implementación de una intervención y su evaluación final. La correcta implementación de estándares de prevención con componentes basados en la evidencia y su fundamentación en actividades, estructuras y servicios ya existentes, es clave para asegurar su efectividad y ayudará a evitar efectos iatrogénicos no deseados. Este manual proporciona una valiosa orientación a este respecto y permitirá que las intervenciones preventivas alcancen su máximo potencial.

Wolfgang Götz

Director, EMCDDA

Prefacio de la Asociación de Estándares de Prevención

Esta publicación es el resultado de un proyecto de dos años de trabajo, cuyo objetivo es publicar los estándares europeos en materia de prevención de drogodependencias, cofinanciado por la Comisión Europea (CE) (60%) y las respectivas organizaciones asociadas al proyecto (40%). Los estándares fueron desarrollados por la Asociación de Estándares de Prevención, una colaboración multidisciplinaria y multisectorial de siete organizaciones europeas, dirigida por el Dr. Harry Sumnall y Angelina Brotherhood del Centro de Salud Pública de la Universidad John Moores de Liverpool (LJMU), Reino Unido. Que son también los autores de esta publicación.

Tanto la política de la UE, como los planes de acción de la UE sobre drogas para 2005-2008 y 2009-2012, han expresado su intención de mejorar el desarrollo e implementación de las actividades de prevención de drogodependencias, pero hasta ahora no han podido proporcionar un marco de referencia sobre cómo hacerlo. En algunos Estados miembros de la UE existen directrices sobre las intervenciones de prevención de drogodependencias, pero varían en cuanto a su contenido, rigor metodológico y su aplicabilidad al contexto europeo más amplio. En respuesta a esta situación, este proyecto tenía como objetivo proporcionar un marco de referencia comúnmente acordado que podrá ayudar a mejorar el estado de la prevención de las drogodependencias en la UE.

Inicialmente, se recogieron y revisaron las directrices Europeas e internacionales de prevención de drogodependencias disponibles. Los estándares de calidad, que coinciden con los criterios de selección específicos, fueron sintetizados a través del análisis del contenido cualitativo, para formar el primer borrador de los estándares de calidad europeos de prevención de drogodependencias. En la siguiente etapa, la relevancia, utilidad y viabilidad de estos proyectos de estándares se evaluaron a través de consultas estructuradas en seis países de la UE. Los delegados proporcionaron comentarios específicos sobre el contenido de los estándares, pero también perfilaron una serie de desafíos que se enfrentarían durante su implementación. Basándose en este feedback, los proyectos de estándares fueron modificados varias veces. La versión final de los estándares incorpora las aportaciones de todas esas consultas, las sugerencias recibidas en las presentaciones de la conferencia, las conversaciones formales e informales con los expertos en prevención y las conclusiones extraídas de las reuniones con los asociados.

Como resultado, fue posible definir los estándares básicos y avanzados de prevención de drogodependencias en la UE. Los estándares son de interés para todos los profesionales que directa o indirectamente contribuyen a la prevención de las drogodependencias. Los estándares europeos sobre la calidad de la prevención de las drogodependencias, establecen las medidas necesarias que deben adoptarse al planificar, llevar a cabo o evaluar programas de prevención de drogodependencias. Además, los estándares pueden utilizarse para comunicar el desarrollo de estrategias de prevención, evaluar y desarrollar organizaciones que proporcionan servicios de prevención, o como marco de referencia en el desarrollo profesional. Los estándares son una herramienta para la auto-educación y auto-reflexión con el objetivo de mejorar los esfuerzos en la prevención.

El proyecto que constituye la base de los estándares consta de un ciclo de ocho fases que cubren: evaluación de las necesidades; evaluación de los recursos; formulación de programas; diseño de la intervención; gestión y movilización de los recursos; implementación y seguimiento o monitorización; evaluaciones finales; y difusión y mejora. Adicionalmente, cuatro estándares son relevantes para cada etapa del proyecto, a saber: sostenibilidad y financiación; comunicación y participación de los grupos de interés para el programa; capacitación del personal que lo desarrolla; y la ética en la prevención de drogodependencias. Cada etapa del proyecto se divide en varios

componentes que describen qué acciones se decide realizar. Los atributos constituyen el tercer nivel de detalle, que indican cómo se puede lograr cada componente.

Los propios estándares se complementan con una introducción detallada que explica cómo pueden ser usados en la práctica. Además, se proporciona para cada componente de los estándares, consideraciones relativas a su aplicación en la vida real, así como en relación con los países socios del proyecto (suplemento online). El anexo incluye orientación adicional para ayudar a la implementación, así como un extenso glosario. Una lista de verificación para la autorreflexión está disponible como suplemento online de este manual.

Se prevé que, si se obtiene más financiación, la Asociación desarrollará actividades que integrarán los estándares en un marco sólido que incluirá materiales adicionales de apoyo, capacitación y formación para una amplia gama de profesionales de las drogodependencias, y acreditación de programas modelo. Estas actividades garantizarán que los estándares no se queden solo "en papel", sino que marquen una verdadera diferencia en la práctica de la prevención de las drogodependencias en la UE. Como los estándares se aplican y se prueban en la práctica, se espera que en el futuro se puedan publicar nuevas versiones revisadas con posibilidades adicionales de uso.

La publicación de los estándares como parte de esta serie de manuales del OEDT es un primer paso importante en la difusión de dichas normas. El OEDT ha contribuido en gran medida al avance de la prevención de las drogodependencias en Europa. Sus publicaciones y herramientas, como el *Kit de Recursos para la Prevención y Evaluación (PERK)*, las directrices para la evaluación de la prevención de las drogodependencias y la Base de Datos de Programas para Reducir el Consumo de Drogas (EDDRA), han hecho que aumente la conciencia de que se necesita una mejora de la calidad en la prevención. Se espera que estos estándares proporcionen un nuevo hito en este progreso. Por lo tanto, la Asociación de Estándares de Prevención desea expresar su agradecimiento a Marica Ferri, Rosemary de Sousa, Roland Simon y Marie-Christine Ashby en el OEDT por permitir la publicación de los estándares. En particular, la Asociación desea agradecer a Gregor Burkhart haber iniciado este proyecto y haber prestado un gran apoyo a lo largo de su realización, así como para redactar las secciones sobre los enfoques actuales de la prevención de las drogodependencias y la situación actual de las drogas en Europa.

La Asociación de Estándares de Prevención extiende su agradecimiento a los puntos focales de Reitox y a los gestores de EDDRA, a Katri Tala y Giovanna Campello de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y a Asma Fakhri en el Centro Canadiense para el Abuso de Sustancias (CCSA) por su ayuda para localizar y discutir las directrices más acertadas. Lo más importante es que la Asociación desea agradecer a todos los profesionales que proporcionaron un importante feedback acerca de los borradores anteriores, bien por correo electrónico, a través de la realización de la encuesta online, la asistencia a grupos focales o durante las conferencias.

La Asociación de Estándares de Prevención anima a los técnicos a que utilicen los estándares a enviar detalles de cómo los usaron en la práctica, como sugerencias para futuras mejoras. Las consultas sobre los estándares europeos de calidad para la prevención de las drogodependencias pueden dirigirse a cualquier miembro de la Asociación (ver autores y colaboradores en la página de Reconocimientos). El sitio web del proyecto <http://www.cph.org.uk/drugprevention/> contiene los datos de contacto de los autores principales, así como información adicional sobre los estándares.

PARTE UNO

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO UNO

1

Capítulo 1:

Enfoques actuales de la prevención de drogodependencias en Europa

El punto de vista común sobre la prevención de las drogodependencias, particularmente para los profanos en la materia, es que ésta consiste en informar (generalmente en forma de advertencia) a los jóvenes acerca de los efectos (sobre todo de los peligros) del consumo de drogas. A menudo, la prevención se equipara a las campañas (de medios de comunicación). Sin embargo, actualmente no hay evidencia que sugiera que, solamente facilitando información sobre los efectos de las drogas, se tenga algún impacto en el comportamiento de consumir drogas, o que las campañas en los medios de comunicación sean rentables.

En realidad, el reto de la prevención consiste en ayudar a los jóvenes a ajustar su comportamiento, capacidades y bienestar en campos con múltiples influencias como las normas sociales, la interacción con los compañeros, las condiciones de vida y sus propios rasgos de personalidad. Esta visión también se refleja en los actuales enfoques de la prevención. Para proporcionar una visión general simplificada, las estrategias de *prevención ambiental/estructural* apuntan a normas sociales, la *prevención universal* se centra en el desarrollo de las habilidades y la interacción con los compañeros y la vida social, la *prevención selectiva* se centra en las condiciones de vida y sociales, y la *prevención indicada* facilita el tratamiento y la atención a los rasgos de personalidad individuales y la psicopatología.

Esta clasificación de las estrategias de prevención (Mrazek y Haggerty, 1994), que se basa en la vulnerabilidad general de las personas a las que se dirige, ha sustituido al paradigma médico previamente utilizado de *prevención primaria, secundaria y terciaria*. Si bien esta clasificación anterior es útil para describir el desarrollo de patologías, se considera que el paradigma médico es menos adecuado para describir comportamientos humanos complejos, particularmente los que no son disfuncionales o patológicos. Sólo una proporción relativamente pequeña de individuos que experimentan con drogas como el cannabis y la cocaína, progresan hacia patrones de consumo más frecuentes (véase también el suplemento online sobre la actual situación de las drogas en Europa).

Por lo tanto, la *prevención universal, selectiva e indicada* se distingue por la evaluación de la vulnerabilidad (y del riesgo). En la *prevención universal*, todos los miembros de la población comparten el mismo riesgo general de consumo de drogas, aunque el riesgo puede variar mucho entre los individuos. En la *prevención selectiva*, se utilizan indicadores sociales y demográficos que indican de manera aproximada los mayores niveles de vulnerabilidad. Esto permite dirigirse a grupos concretos, como las minorías étnicas marginadas, los jóvenes de barrios desfavorecidos, los delincuentes jóvenes (que cometen delitos relacionados con las drogas), las familias vulnerables o a ciertos entornos, como los ambientes nocturnos. Si bien estos indicadores son útiles para identificar grupos donde es más probable que ocurra el consumo de drogas, no es posible sacar conclusiones sobre la vulnerabilidad de un individuo concreto en estos grupos. En la *prevención indicada*, sin embargo, un individuo vulnerable podría haber sido evaluado y diagnosticado por un profesional, detectando alguna condición que aumenta el riesgo de uso de drogas (trastorno de déficit de atención, trastorno de conducta, etc.).

Prevención universal - Interviniendo en las *poblaciones*

Las estrategias de prevención universales se dirigen a toda una población (por ejemplo, comunidad local, alumnos, vecindario). El objetivo de la prevención universal es disuadir o retrasar el inicio del consumo de drogas, proporcionando toda la información y habilidades necesarias para ello. Los programas universales de prevención se adjudican a grandes grupos sin ningún examen previo de su riesgo de consumo de drogas y asumen que todos los miembros de la población están en igual riesgo de iniciar el consumo.

Según los informes de los países europeos, la prevención universal basada en el entorno escolar se promueve en todos ellos, aunque con contenidos y niveles de cobertura variables. La eficacia general de la prevención (universal) basada en los entornos escolares, ha sido repetidamente cuestionada en el pasado (Coggans, 2006; Gorman et al., 2007). Las revisiones recientes de la literatura muestran, sin embargo, que ciertos componentes de la prevención escolar, tales como el enfoque en las creencias normativas y las habilidades para la vida, parecen ser efectivos (1), y la investigación europea empieza a demostrar que los programas escolares pueden ser efectivos para reducir el uso de algunos tipos de drogas (Faggiano et al., 2010; Lammers et al., 2011). Sin embargo, la monitorización de la información sobre el contenido de la prevención escolar en varios países, indica que las actividades preventivas más comunes son las basadas en la no-evidencia (p. ej., dar información sobre drogas independiente de otras actividades, días de información sobre drogas, visitas externas de “expertos”, talleres de teatro). Si bien algunas actividades basadas en evidencias (p. ej., capacitación en habilidades sociales y personales) están muy extendidas, en pocos países son aplicados los tipos de intervención que están más fuertemente apoyados por la evidencia científica (p. ej., protocolos de intervención estructurados –en forma de programas-, enfoques basados en iguales cuidadosamente implicados, intervenciones específicas para chicos). Tales intervenciones basadas en la evidencia científica tienen como objetivo mejorar las habilidades de comunicación, aumentar las habilidades en el manejo de conflictos, del estrés y de la frustración, o corregir las percepciones normativas erróneas sobre el uso de drogas. Esta llamada educación normativa está muy poco desarrollada, a pesar de la evidencia positiva disponible.

La prevención basada en la familia es otro enfoque ampliamente utilizado en la prevención universal. En 2007, once países europeos informaron al OEDT que disponían de una amplia gama de reuniones familiares que se realizaban por la tarde. Sin embargo, al igual que la prevención en la escuela, la prevención familiar actual parece centrarse principalmente en proporcionar información. El entrenamiento intensivo y la capacitación de las familias, aunque muestran una eficacia consistente en todos los estudios (Petrie et al., 2007), se ofrecen de manera limitada, siendo sólo siete países los que informan de los niveles más altos de prevención.

(1) Véase el portal de mejores prácticas del OEDT en: [Http://www.emcdda.europa.eu/best-practice](http://www.emcdda.europa.eu/best-practice) y la sección de *Guía Adicional* contenida en el Apéndice y en el suplemento online.

Prevención selectiva - Intervención con *grupos* (vulnerables)

La prevención selectiva sirve a subpoblaciones específicas, cuyo riesgo de padecer algún trastorno es significativamente más alto que el promedio de forma inminente o a lo largo de su vida. A menudo, esta mayor vulnerabilidad al uso de drogas se deriva de la exclusión social (p. ej., delincuentes jóvenes, estudiantes que abandonan los estudios, los alumnos que tienen un bajo rendimiento académico). La principal ventaja de centrarse en las poblaciones vulnerables es que ya están identificadas en muchos lugares y contextos. Sin embargo, las condiciones de riesgo de los jóvenes de grupos vulnerables, como los delincuentes juveniles, los jóvenes sin hogar, los que abandonan los estudios, los desfavorecidos y los jóvenes de las minorías, rara vez se abordan a pesar de la creciente importancia política de estos grupos.

Desde 2004, un número cada vez mayor de políticas sobre drogas han señalado a estas poblaciones como destinatarios preferentes de la prevención, pero los informes que facilitan los países sobre este nivel de prevención, no han aumentado durante este período. Sólo unos pocos países informan sobre intervenciones que abordan las desventajas sociales (p. ej. el desempleo), ayudas a los problemas de justicia penal o asistencia a las familias marginadas de las minorías étnicas y a las familias que hacen frente a necesidades de salud mental. Aunque 13 países informan que la mayor parte de su prevención familiar es selectiva, sólo siete informan que proporcionan intervenciones completas o amplias dirigidas al uso de drogas en las familias. Esto ocurre, a pesar de la eficacia probada en diferentes estudios de intervenciones con familias vulnerables (Petrie et al., 2007). Debido a la dificultad de implementar diseños experimentales de evaluación, la evidencia de la eficacia de otros tipos de prevención selectiva llevada a cabo en Europa, es limitada.

Los datos disponibles de los Estados miembros muestran el nivel de prestaciones – es decir, cuánto se hace para una determinada población (vulnerable)- pero actualmente falta la información sobre cuál es realmente el contenido del trabajo preventivo con estas poblaciones destinatarias porque no existen sistemas de monitorización comparables. Esto genera una gran preocupación porque la efectividad de la prevención difiere mucho, dependiendo de si se implementan actividades basadas en la evidencia — que se dirigen a la motivación, las habilidades y la toma de decisiones en este caso — o si hay, por ejemplo, simplemente una distribución de folletos informativos (Sussman et al., 2004).

Prevención indicada - intervención con *individuos* (vulnerables)

La prevención indicada tiene como objetivo identificar y dirigirse a las personas que muestran indicadores que están altamente correlacionados con un riesgo individual de desarrollar a lo largo de su vida consumo de drogas (como trastorno psiquiátrico, fracaso escolar, comportamiento "antisocial") o que muestran signos tempranos de uso problemático de drogas (pero no criterios clínicos para la dependencia). El objetivo de los esfuerzos de la prevención indicada no es necesariamente prevenir el inicio del consumo de drogas, sino prevenir el desarrollo (rápido) de la dependencia, disminuir la frecuencia de uso o prevenir la progresión hacia patrones más dañinos de consumo de drogas (p. ej. las drogas inyectables).

Los indicadores de un mayor riesgo individual pueden ser la disminución de las calificaciones escolares o el alejamiento de los padres, de la escuela y de los grupos de pares positivos. Los niños con trastornos del comportamiento, con coexistencia de trastorno por déficit de atención/hiperactividad y trastorno de conducta, también corren un alto riesgo de desarrollar

problemas de consumo de drogas más adelante. La intervención con estos niños requiere una estrecha cooperación intersectorial a nivel comunitario entre los servicios médicos, sociales y juveniles, desde la infancia. Esto raramente se logra, aparte de ejemplos aislados en Alemania e Irlanda, donde se combinan el asesoramiento para padres y cuidadores, el apoyo médico, psicoterapéutico y psicosocial, de manera concurrente con el apoyo educativo en la educación infantil o en la educación primaria. En general, las intervenciones en este campo son limitadas, con seis países que informan sobre intervenciones para niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad o conductas disruptivas, y 10 países que informan de intervenciones tempranas y asesoramiento a individuos que han comenzado a consumir drogas.

Sin embargo, los programas de prevención indicada, pese a su reducido número, tienden a estar mejor diseñados y evaluados que los universales o selectivos, y suelen mostrar altos niveles de eficacia (OEDT, 2009). Por ejemplo, un estudio de una intervención llevada a cabo en los Países Bajos con menores (de 8 a 13 años de edad) que presentaban comportamientos disruptivos mostró resultados de seguimiento significativamente mejores en el consumo de tabaco y cannabis en comparación con el tratamiento habitual (Zonneville-Bender et al., 2007). La prevención indicada también puede consistir en la capacitación específica de los padres en el manejo de contingencias perturbadoras para niños con trastornos de conducta. Por ejemplo, el método «Komet för föräldrar», aplicado en casi el 30% de los municipios suecos, se dirige a los padres de niños que muestran problemas de comportamiento externalizante y dificultades para establecer relaciones positivas entre iguales. Un ensayo controlado aleatorio que incluyó a 159 familias, mostró entre los padres participantes, una mejora significativa de las competencias en la crianza de los hijos y una reducción de los problemas de comportamiento entre sus hijos (Kling et al., 2010).

Tanto la prevención selectiva como la indicada pueden moderar el efecto de una desventaja temprana en el desarrollo, su traducción a marginación social y a una posterior progresión hacia el consumo de drogas. Varios estudios de investigación han demostrado que las intervenciones realizadas durante los primeros años escolares, dirigidas a mejorar los entornos educativos y reducir la exclusión social, también tienen un efecto moderador sobre el uso posterior de drogas (Toumbourou et al., 2007), a pesar de no estar diseñadas para la prevención del consumo de drogas de manera específica.

Estrategias de prevención ambiental/estructural - Intervenir en *sociedades* (y sistemas)

Las estrategias ambientales/estructurales están dirigidas a alterar los entornos culturales, sociales, físicos y económicos inmediatos en los que las personas toman sus decisiones sobre el consumo de drogas. Esta perspectiva tiene en cuenta que los individuos no se involucran con las drogas sólo sobre la base de las características personales. Más bien, están influenciados por un conjunto complejo de factores del entorno, tales como: lo que se espera o acepta en las comunidades en las que viven; legislación o regulaciones e impuestos nacionales; los mensajes publicitarios a los que están expuestos; y la disponibilidad de alcohol, tabaco y drogas ilegales.

Por lo tanto, las estrategias ambientales/estructurales a menudo incluyen componentes impopulares pero efectivos, como impuestos, prohibiciones de publicidad, controles de edad y prohibiciones sobre el tabaco. En el ámbito escolar, las estrategias ambientales/estructurales se presentan a través de políticas escolares que pueden incluir regulaciones sobre el consumo de tabaco y alcohol para los alumnos, el personal y los visitantes adultos. Casi todos los Estados

Miembros han informado que existe una prohibición total del consumo de tabaco en todas las escuelas, y la mayoría de los países informan sobre la existencia en las escuelas de políticas sobre drogas amplias o completas. El objetivo de crear ambientes sociales normativos y protectores, se basa en que tales intervenciones pueden influir en las decisiones de los jóvenes sobre el consumo de drogas (Toumbourou et al., 2007). También pueden complementarse con medidas no coercitivas, como mejorar el diseño de los edificios escolares y la vida escolar.

A pesar de que en la actualidad las estrategias ambientales/estructurales se centran en las drogas legales, estas estrategias de prevención ambiental/estructural son importantes para la prevención integral del consumo drogas porque el consumo temprano de alcohol y tabaco, generalizado y aceptado en muchos países, está relacionado con el consumo de drogas ilegales.

CAPÍTULO DOS

2

Capítulo 2:

Uso de los estándares de calidad

¿Cuáles son los estándares de calidad para la prevención de drogodependencias en Europa?

Los estándares de calidad son principios generalmente aceptados o conjuntos de reglas para el mejor/más apropiado modo de implementar una intervención. Frecuentemente se refieren a aspectos estructurales (formales) para garantizar la calidad, tales como el ambiente y la composición del personal. Sin embargo, también pueden referirse a aspectos del proceso tales como la adecuación del contenido, del proceso de la implementación o de los procesos de evaluación.

(Glosario online del OEDT: «Estándares de calidad») (2)

Estándar de calidad: Un punto de referencia que ayuda a juzgar si una actividad, un recurso, etc. es representativo de alta calidad. Los estándares de calidad se basan normalmente en el consenso profesional. Su enfoque principal se centra en los aspectos estructurales y de procedimiento para asegurar la calidad, por ejemplo, la evaluación, la composición y competencias del personal, la seguridad de los participantes, etc.

(Glosario para el uso de los estándares europeos de calidad de prevención de drogodependencias, véase el Apéndice)

Los estándares europeos de calidad de la prevención de las drogodependencias constituyen el primer marco europeo para desarrollar unas acciones de prevención del consumo de drogas de alta calidad. Reflejan una visión coherente a largo plazo sobre la prevención, apoyan la importancia de enfoques integrados para trabajar con los jóvenes (infancia, adolescencia y juventud) y valoran y recompensan las contribuciones de los profesionales en la materia. Los estándares describen los pasos necesarios para planificar, implementar y evaluar las actividades de prevención de drogodependencias. Ayudan, a aquellos que utilicen el manual, a comprender cómo las personas, las intervenciones, las organizaciones y las estrategias (gubernamentales) contribuyen a la prevención de las drogodependencias. Animan, a los que los utilicen, a reflexionar sobre cómo las acciones existentes pueden ser mejoradas para obtener (incluso) mejores resultados y que estos sean sostenibles.

El trabajo de prevención de drogodependencias desarrollado de acuerdo con los estándares, probablemente será: pertinente (centrado en el cumplimiento de las necesidades de los participantes, haciendo referencia a la política adecuada); ético (incorporando los principios especificados en el Componente D: *Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias*, como asegurar la participación voluntaria de la población destinataria y proporcionar tantos beneficios reales a los participantes como sea posible, según las circunstancias de la implementación del programa); basado en la evidencia (haciendo uso de la mejor evidencia científica disponible); efectivo (logrando metas y objetivos establecidos sin causar daño); y factible (alcanzable dentro de los recursos disponibles y marcada por un enfoque lógico y coherente).

(2) Véase <http://www.emcdda.europa.eu/publications/glossary2>

Los estándares representan un resumen de la evidencia sobre cómo llevar a cabo la prevención de las drogodependencias. Están de acuerdo con otros documentos importantes en este campo, como el *Conjunto de Recursos de Prevención y Evaluación* (PERK) (OEDT, 2010) y la *Declaración sobre los Principios Directores de la Reducción de la Demanda de Drogas*, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Sesión Especial sobre Drogas en 1998 (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1998).

¿Qué definición de prevención de drogodependencias se utiliza?

En los estándares, la prevención de las drogodependencias se entiende como cualquier actividad que está (al menos parcialmente) dirigida a prevenir, retrasar o reducir el consumo de drogas, y/o sus consecuencias negativas en la población general o en subpoblaciones. Esto incluye: prevenir o retrasar el inicio del consumo de drogas, promover el cese del uso, reducir la frecuencia de consumo y/o la cantidad consumida, prevenir la progresión a patrones de consumo más peligrosos o dañinos, y/o prevenir o reducir las consecuencias negativas del consumo. Por consiguiente, los objetivos de las actividades de prevención de las toxicomanías cubiertas por los estándares, se ajustan a los que figuran en la Estrategia de la UE sobre drogas de 2005 a 2012 ("impedir que las personas comiencen a consumir drogas; prevenir que el consumo experimental de las drogas se convierta en un consumo regular; desarrollar intervenciones tempranas para patrones de consumo de riesgo"; Consejo Europeo, 2004, p.10), pero también puede centrarse en la reducción de daños. **Para ser clasificadas como actividades de prevención de drogodependencias en el contexto de estos estándares, las actividades deben hacer referencia explícita a uno o más de los objetivos señalados anteriormente en la documentación del proyecto.**

Las actividades de prevención de las drogodependencias a las que se dirigen estos estándares, pueden centrarse en cualquier sustancia psicoactiva, es decir, una sustancia que, si se toma en dosis suficiente, puede alterar los procesos mentales y fisiológicos. Esto incluye las drogas legales, como el alcohol o el tabaco, las drogas ilegales (es decir, aquellas cuya producción, venta o uso está prohibido o limitado por las leyes y tratados internacionales y nacionales de control de drogas), sustancias volátiles (gases, vapores de pegamentos, aerosoles y productos similares), medicamentos de venta libre y medicamentos de venta con receta, y nuevas sustancias psicoactivas que no están controladas por la ley. Es aceptable que los programas o estrategias de prevención de drogodependencias se centren sobre ciertas drogas, siempre que especifiquen cuáles son esas sustancias psicoactivas en cuestión; igualmente, los programas o estrategias de prevención de drogodependencias pueden optar por no dirigirse a drogas específicas sino al consumo de drogas en general. Algunas actividades pueden abordar el consumo de drogas directamente, mientras que otras actividades pueden promover la salud en general y animar a las personas a tomar decisiones saludables, de ese modo, indirectamente se evita o reduce el consumo de drogas.

Consecuentemente, los estándares son aplicables a una amplia gama de actividades de prevención de drogodependencias (p. ej. educación sobre drogas, programas estructurados, trabajo de divulgación, intervenciones breves), de entornos (p. ej. la escuela, la comunidad, la familia, entornos recreativos, justicia penal), de poblaciones diana (p. ej. alumnos del sistema educativo, jóvenes delincuentes, familias, grupos étnicos), independientemente de la duración del programa (es decir, desde una actividad aislada hasta programas implementados a largo plazo). De acuerdo con la categorización utilizada por el Instituto de Medicina de EE.UU., lo expuesto incluye la prevención universal (dirigida a toda la población, independientemente de los factores de riesgo), la prevención selectiva (dirigida a subpoblaciones específicas con un riesgo de consumo de drogas

por encima del promedio), y la prevención indicada (dirigida a los individuos que tienen un mayor riesgo individual o que están mostrando signos tempranos de consumo problemático de drogas) (Mrazek y Haggerty, 1994; Springer y Phillips, 2007). Además, la mayoría de los estándares también son relevantes para las intervenciones ambientales/estructurales que pretenden cambiar los comportamientos dirigiéndose al entorno en el cual las personas viven y consumen drogas (p. ej., normas sociales, entorno urbanizado, impuestos).

Identificar los mejores medios para apoyar a los jóvenes, en particular a los jóvenes consumidores de drogas, y proporcionarles ayuda durante épocas difíciles de sus vidas, es uno de los principales objetivos de la prevención de las drogodependencias contemporánea. En términos generales, en este documento las intervenciones de prevención de drogodependencias son aquellas que promueven la salud; ayudan a las personas a tomar decisiones saludables e informadas; reducen vulnerabilidades y comportamientos de riesgo; y/o incrementan la inclusión y la equidad social/sanitaria. Consecuentemente, además, los estándares pueden proporcionar una orientación útil para un campo más amplio de la prevención y la promoción de la salud, como los relacionados con la intervención con los jóvenes (p. ej. prevención de la violencia), con otros comportamientos de salud (p. ej. trastornos de la alimentación) o con conductas adictivas (p. ej. juegos de azar).

¿Cómo se pueden utilizar los estándares y cuál es su propósito?

En comparación con otras áreas dedicadas a la reducción de la demanda de drogas, la situación de la prevención y el grado en que se ha integrado en las políticas nacionales de drogas, así como los recursos históricamente invertidos en el desarrollo profesional en este área, varían considerablemente entre los distintos Estados miembros de la UE. La elaboración de los estándares europeos de calidad de la prevención de las drogodependencias ha tenido en cuenta estas diferencias y, por lo tanto, pueden ser utilizados en una variedad de formas que admiten diferentes tipos de trabajo. No es el objetivo de estos estándares igualar las prácticas de prevención en toda Europa, sino más bien alcanzar un nivel similar de calidad en toda Europa, reconociendo al mismo tiempo la diversidad de las prácticas.

Los estándares de calidad para la prevención de las drogodependencias pueden utilizarse para diversos fines; sin embargo, los profesionales se beneficiarán más de los estándares si los usan cómo se describe en esta sección.

La Tabla 1 muestra para qué fines debe usarse esta versión de los estándares, así como aquellos usos que podrían ser menos apropiados. Esta información se basa en las consultas realizadas a profesionales de la prevención de las drogodependencias en toda la UE.

Tabla 1: Propuesta de uso de la versión 1 de los estándares europeos de calidad en la prevención de las drogodependencias		
Propósito	Uso recomendado	
Información, educación y orientación	✓	
Desarrollo o actualización de los criterios de calidad	✓	
Auto-reflexión	✓	
Discusión en grupos	✓	
Evaluación de rendimiento	✓	
Autoevaluación formal	Aún no	Se está planificando trabajar más para la elaboración de estándares adecuados para estos propósito
Decisiones de financiación	Aún no	
Acreditación externa	Aún no	
Sustituir la evaluación de resultados	No, aunque los estándares proporcionan orientación sobre cómo llevar a cabo la evaluación	

- **Para información, educación y orientación:** Al definir la calidad en niveles básico y avanzado, los estándares aclaran a qué deben aspirar los profesionales de la prevención de las drogodependencias. Todos los profesionales de prevención pueden contribuir utilizando los estándares para mejorar su conocimiento y comprensión de las buenas y mejores prácticas en prevención de drogodependencia. Los estándares también se pueden usar para impulsar mejor planificación en políticas y estrategias de prevención, y para promover la prevención de las drogodependencias como una ciencia equiparable, por ejemplo, al tratamiento de las drogodependencias. También pueden servir de marco de referencia en la formación de profesionales de la prevención. En términos más prácticos, los estándares pueden utilizarse como una lista de comprobación, para garantizar que se han considerado todos los aspectos del trabajo preventivo con una calidad alta, por ejemplo, cuando se solicita financiación.
- **Para el desarrollo o actualización de los criterios de calidad:** Los estándares no son prescriptivos (en el sentido de obligatorios), pero proporcionan un punto de referencia para que las actividades cumplan los mejores criterios de calidad que pueden tener las poblaciones destinatarias y que pueden ser alcanzados por todo tipo de organizaciones. Los estándares pueden utilizarse para elaborar criterios de calidad propios y guiar hacia las mejores prácticas, o para revisar y actualizar los criterios o directrices existentes, conformes con las circunstancias locales, regionales y/o nacionales. Las entidades financiadoras pueden, por ejemplo, utilizar los estándares como base para construir sus propios criterios de adjudicación de fondos o para especificar criterios de lo que debería describirse en las solicitudes de financiación.
- **Para la auto-reflexión:** Un enfoque de arriba hacia abajo, por el cual los estándares se imponen desde "arriba", no proporciona un incentivo tan fuerte para el desarrollo real como cuando los propios profesionales están convencidos de sus beneficios. Por lo tanto, se estimula a todos los profesionales que contribuyen a la prevención de las drogodependencias (desde los representantes gubernamentales a los profesionales que las implementan) a que utilicen los estándares o criterios para reflexionar sobre su propia labor y sus experiencias de trabajo, por ejemplo, su desarrollo como profesionales (los que ejecutan las actividades), especialistas o investigadores, la estructura de su programa de prevención, su organización y/o su estrategia de prevención. Los estándares ayudan a los profesionales a entender su posición presente, a ganar confianza donde ya se cumplen los criterios y a identificar las áreas de mejora. Si la práctica actual no cumple con los estándares, los profesionales no deben interrumpir su trabajo, sino utilizar los estándares para mejorar los trabajos existentes. Los estándares pueden entonces servir como una herramienta para apoyar un proceso de desarrollo a largo plazo ⁽³⁾.
- **Para la discusión en grupos:** Los estándares pueden ayudar a iniciar los ajustes mediante su discusión y reflexión en grupo (p. ej. durante las reuniones de equipo, durante las negociaciones de financiación). La auto-reflexión, como se ha descrito anteriormente, también se puede llevar a cabo en un ambiente de equipo. Por ejemplo, se podría nombrar a un miembro del personal para que lea los estándares en su totalidad y que lleve a cabo un proyecto de reflexión sobre el programa u la organización utilizando la "lista de verificación de auto-reflexión" (véase el suplemento online).

⁽³⁾ Una "lista de verificación de autorreflexión" está disponible como un suplemento online de este manual que los profesionales pueden utilizar para documentar sus reflexiones sobre su propia práctica de prevención en relación con los estándares.

Esto podría utilizarse en el grupo para aumentar su aceptación así como el conocimiento sobre el enfoque del programa o su organización. De esta manera, los estándares pueden facilitar los procesos de planificación organizacional con información, y pueden ayudar a establecer una comprensión común de lo que es la prevención de las drogodependencias de calidad, particularmente en equipos con abundante experiencia profesional.

- **Para la evaluación del rendimiento:** Los estándares también podrían utilizarse como marco de referencia en las evaluaciones del desarrollo profesional y del rendimiento, por ejemplo para identificar las necesidades de capacitación del personal y su posible formación futura.

Estos son los usos recomendados para esta versión de los estándares. Se pretende difundir la lista actual y, en el futuro, desarrollar más los criterios y probarlos en la práctica. Las Tablas 2 y 3 ofrecen ejemplos de escenarios sobre cómo se podrían usar los estándares. Se pone de relieve que los estándares podrían mejorar la práctica de la prevención en los diferentes escenarios y dar información que facilite la toma de decisiones en una amplia variedad de situaciones.

Sin embargo, esta versión de estándares puede no ser adecuada para algunos propósitos, incluyendo los que se van a describir a continuación.

El conjunto actual de criterios no debe utilizarse directamente para tomar decisiones sobre la financiación de programas. Tales decisiones deben tener en cuenta, por ejemplo, la aplicabilidad de los estándares a las circunstancias locales y los beneficios de elegir oportunamente un programa sobre otro. El documento actual no proporciona orientación sobre cómo tomar decisiones tan complejas y, por lo tanto, se desalienta el uso de los estándares para este propósito. Sin embargo, las entidades financiadoras pueden usar los estándares como base para construir sus propios criterios de evaluación a la hora de otorgar subvenciones.

Algunos estándares contienen ejemplos de cómo los logros pueden ser evidenciados en términos tangibles. Las fuentes de evidencia pueden incluir evidencia escrita, por ejemplo en la planificación del proyecto o en la descripción de la organización, observaciones directas de los procedimientos de trabajo o de la implementación del programa, o entrevistas con el personal, los participantes y/u otro grupos de interés. Sin embargo, no se proporcionan indicadores de evidencia para todos los estándares debido a la naturaleza general de éstos. Además, el objetivo principal de los estándares es estimular la reflexión y mejorar la práctica de la prevención. Por lo tanto, no debe esperarse de las organizaciones que demuestren por escrito cómo han cumplido con los estándares para recibir financiación. En particular, para las solicitudes de financiación de menor cuantía, los recursos necesarios para probar el cumplimiento de los estándares, pueden no ser proporcionales a la cantidad de financiación solicitada.

Por las mismas razones, el conjunto actual de estándares no puede utilizarse para realizar una autoevaluación formal o como base para la acreditación externa. El principal beneficio de los estándares radica en motivar a los profesionales a reflexionar sobre su trabajo y a alinear su práctica con los estándares. Esto se logra mejor al pedir a los profesionales que se comprometan con el documento, en lugar de centrarse en la evaluación de los logros. Sin embargo, las versiones futuras incluirán una guía necesaria para llevar a cabo evaluaciones formales utilizando dichos estándares.

También debe destacarse que, la realización de la auto-reflexión usando los estándares, no puede reemplazar las evaluaciones de proceso y/o resultados.

La adherencia a los estándares ayudará a lograr mejores resultados en estas evaluaciones; sin embargo, con el fin de probar la efectividad de las intervenciones y entender cómo se implementaron, las evaluaciones de proceso y resultados seguirán formando parte de las actividades necesarias junto con la utilización de los estándares.

Tabla 2: Ejemplo de los escenarios en los que se podrían utilizar los estándares (parte 1)

<p>Un equipo directivo, con experiencia en implementación de programas de prevención, utiliza los estándares en una reunión mensual para discutir las fortalezas y debilidades de la organización. Un miembro del personal destaca que no existen medidas suficientes para promover la colaboración con otras organizaciones, como se indica en el Estándar B: <i>Comunicación y participación de los grupos de interés</i>. Este sugiere organizar una reunión regional con otros agentes a través del equipo de planificación regional de la prevención de drogodependencias.</p>	<p>Un profesional que trabaja para una organización benéfica lee los estándares para obtener información general. El Componente 3.2 de los estándares: <i>Utilización de un modelo teórico</i>, lo anima a obtener más información sobre las teorías de prevención e identificar modelos teóricos que podrían conducir a mejoras en su propio enfoque de trabajo. En su próxima revisión del rendimiento, para su propio desarrollo profesional, pregunta si la organización lo apoyaría, si se dedicase en su tiempo libre a seguir un curso universitario a tiempo parcial de promoción de la salud.</p>
<p>Un técnico de prevención está preparando un proyecto como propuesta para presentar a un organismo financiador. El responsable de la solicitud consulta los estándares para asegurarse de que todas las etapas del proyecto han sido consideradas de manera adecuada. Los Estándares A: <i>Sostenibilidad y financiación</i>, lo animan a buscar en Internet proyectos que han sido financiados por este organismo anteriormente. Encuentra una descripción de proyectos que anteriormente han sido financiados, que le ayuda a desarrollar con esmero su propio presupuesto, para lograr ser financiado.</p>	<p>Un comisionado no está satisfecho con la calidad de los informes de actualización recibidos, que han elaborado los técnicos que prestan un servicio. Desarrolla un formato de informe estandarizado para que lo usen los técnicos basado en los estándares del Componente 8.2: <i>Difusión de la información sobre el programa</i>, así como de un informe final si este se produce (8.3). Esto asegurará en el futuro que se reciba, a través de los técnicos, información completa, bien estructurada y comparable.</p>
<p>Un científico de prevención está planificando una evaluación de resultados para una intervención de prevención de drogodependencias. Al hacerlo, desea seguir un protocolo de evaluación estandarizado. Por consiguiente, se remite a los Estándares 4.4: <i>Cuando se planifican evaluaciones finales</i> y 7.1: <i>Si se realiza una evaluación de resultados</i>, para desarrollar la metodología de la evaluación.</p>	<p>Un político interesado en la prevención, desea revisar los estándares nacionales existentes para tener un modelo para la acreditación de programas. Utiliza los estándares europeos de calidad para la prevención de las drogodependencias para identificar las principales lagunas en los estándares existentes. Por consiguiente, los revisa e incluye una nueva sección sobre aspecto éticos de la prevención de drogodependencias.</p>

¿Qué se puede "evaluar" con los estándares?

Los estándares se basan en una revisión de las guías disponibles sobre prevención de drogodependencias, la mayoría de las cuales se refieren a intervenciones de prevención de drogodependencias en general y a tipos de actividades no específicas (ver Apéndice). Por lo tanto, los estándares son aplicables a una amplia gama de tipos de intervención de prevención de las drogodependencias, escenarios y poblaciones destinatarias. Los estándares dan consejos sobre cómo planificar, implementar y evaluar las intervenciones y pueden usarse para reflexionar sobre actividades nuevas, en marcha o completadas.

Sin embargo, las intervenciones forman parte de un entorno profesional más amplio, lo cual es igualmente importante para garantizar un trabajo de prevención de las drogodependencias de alta calidad. Las cuestiones generales (p. ej., la formación del personal, la gestión de los recursos, la financiación y sostenibilidad, la comunicación y la participación de los grupos de interés para el programa) deben abordarse a nivel organizativo. Además, las prioridades y estrategias establecidas por el gobierno local, regional, nacional y/o internacional y los organismos de financiación, deben promover buenas prácticas en prevención. Los estándares europeos de calidad de la prevención de las drogodependencias reconocen la necesidad de una buena base sobre la cual las intervenciones puedan ser presentadas. Por lo tanto, proporcionan orientación no sólo sobre intervenciones específicas de prevención de drogodependencias, sino también sobre aspectos organizativos y estratégicos de los trabajos de prevención.

Aunque los estándares se refieren a los programas, se pueden utilizar para reflexionar sobre el trabajo de prevención en varios niveles de prestación, entre ellos:

- **Personas:** Miembros individuales del personal o equipos. Los estándares pueden utilizarse para el desarrollo profesional, para reflejar la práctica actual y para comprender mejor su papel dentro del contexto más amplio de la prevención.
- **Actividades:** Intervenciones únicas o programas más amplios que comprenden varias intervenciones. Los estándares pueden utilizarse para planificar, recurrir y realizar actividades de prevención de manera coherente y de alta calidad que ofrezca las mejores posibilidades de éxito.
- **Organizaciones:** Entidades involucradas en la prevención de drogodependencias, tales como proveedores de servicios o escuelas. Los estándares pueden ser usados para mejorar la configuración organizacional, así como, las estrategias para que los profesionales puedan recibir mejores apoyos en su trabajo y para que las poblaciones diana reciban una atención óptima.
- **Estrategias:** Prioridades, planes de acción y propuestas establecidos por el gobierno o los organismos financiadores. Los estándares pueden utilizarse para definir objetivos políticos, apoyar la reflexión sobre las realidades y ambiciones de la prevención y ayudar a financiar y poner en marcha actividades.

No todos los estándares son igualmente relevantes para todos estos niveles de implementación, pero este enfoque multi-nivel impele a los profesionales a considerar la fuerte relación entre personas, actividades, organizaciones y estrategias. Esta perspectiva más amplia puede ayudar a identificar fortalezas y debilidades que antes eran invisibles.

¿Quién debería utilizar los estándares?

Los estándares serán de interés para todos los profesionales que trabajan en el campo de la prevención de las drogodependencias. Aunque los estándares también pueden informar al público en general (incluidos los jóvenes, las familias y los miembros de la comunidad) sobre qué esperar del trabajo de prevención de las drogodependencias, están dirigidas principalmente a los profesionales de la prevención. Es probable que estos profesionales participen en uno o más de los siguientes escenarios:

- **Políticas y toma de decisiones:** Aquellos que trabajan en un nivel estratégico, por ejemplo, representantes gubernamentales, comisionados, equipos de planificación regional, entidades financiadoras. Los estándares proporcionan orientación sobre cómo establecer prioridades, cómo realizar evaluaciones de necesidades, cómo coordinar las actividades de prevención y cómo garantizar la sostenibilidad de los programas de prevención de drogodependencias. También pueden ayudar a entender mejor lo que, los que organizan los servicios de prevención, están tratando de lograr a través de su trabajo y reflexionar sobre las estrategias preventivas. Los estándares también se pueden utilizar para desarrollar nuevas guías sobre buenas prácticas o revisar las existentes y/o para elaborar nuevos criterios de calidad o actualizar los existentes (p. ej., para otorgar subvenciones o para adaptar un modelo de programa). Estos profesionales también pueden estar interesados en la información sobre la evidencia generada de la práctica, como parte del proyecto de los estándares (Sumnall et al., 2011).
- **Gestión de servicios:** Dentro de los que organizan los programas de prevención, aquellos que están a cargo de la gestión de las actividades de prevención a nivel organizacional. Las responsabilidades típicas incluyen actividades de planificación, administración de recursos financieros y humanos y cumplimiento de las obligaciones de informar a comisionados y financiadores. Los estándares proporcionan directrices sobre cómo planificar, gestionar y evaluar las intervenciones, pero también consideran los aspectos organizativos (p. ej., formación del personal, su salud y seguridad). Los directores de los servicios pueden usar los estándares en las reuniones de equipo y apoyar su trabajo al comunicarse, por ejemplo, con comisionados y financiadores.
- **Trabajo de primera línea en contacto directo con la población destinataria:** Aquellos que conducen o contribuyen a la prevención de las drogodependencias en contacto directo con la población destinataria, como psicólogos, mediadores que trabajan con jóvenes, trabajadores sociales, trabajadores comunitarios, profesores, farmacéuticos, etc. Los estándares pueden facilitar información para su trabajo, al mostrar la necesidad de incluir a la población destinataria para adaptar las actividades a las necesidades de la población diana, para garantizar una implementación de calidad y para derivar a las personas a los servicios especializados, cuando sea necesario.
- **Capacitación:** Quienes imparten formación en prevención de drogodependencias. La capacitación puede dirigirse a los profesionales (p. ej., trabajadores sociales), o puede tener lugar en un entorno de la educación superior (es decir, estudiantes universitarios). Los estándares pueden servir como un libro de texto que describe todos los aspectos de una prevención de drogodependencias de calidad.

- **Supervisión:** Aquellos que supervisan y apoyan a los profesionales de la prevención de las drogodependencias (particularmente a los que la implementan). Esto incluye a los responsables de la implantación, así como a los supervisores externos que son empleados para ayudar con la capacitación del personal. Los estándares pueden utilizarse como marco de referencia para identificar las necesidades de formación y potenciar un mayor desarrollo de los profesionales.
- **Desarrollo de programas:** Quienes diseñan y desarrollan intervenciones de prevención de las drogodependencias. Estas intervenciones pueden ser desarrolladas como programas elaborados con derechos de autor o pueden ser desarrolladas para un proyecto u organización específicos. Los estándares proporcionan una guía general sobre el diseño de la intervención, pero también enfatizan la necesidad de considerar en la implementación las condiciones del mundo real a la hora desarrollar intervenciones.
- **Consultoría/evaluación/investigación académica:** Para aquellos que asesoran en temas de prevención, por ejemplo, respecto a la efectividad de la prevención de las drogodependencias, el desarrollo de políticas de prevención, la adaptación de programas, el traslado de la evidencia a la práctica y/o a la evaluación, los estándares proporcionan una lista completa de verificación y un marco referencial, y también constituyen puntos de referencia para la evaluación y la investigación. Estos profesionales, durante el desarrollo de los estándares, también estuvieron interesados en los comentarios (feedback) recibidos de los profesionales, que está documentado en la información de la práctica basada en la evidencia y en el informe final del proyecto (Sumnall et al., 2011).

Aunque se anima a todos los profesionales que trabajan en la prevención de las drogodependencias a comprometerse con todos los estándares, es probable que no todos los estándares parezcan igualmente relevantes para todos. Como parte del proceso de desarrollo, la Asociación consideró la posibilidad de incluir una tabla que mostrase los estándares que son más relevantes para cada grupo profesional. Sin embargo, debido a las diferencias en las prácticas laborales entre países, sectores y organizaciones, esto no se consideró factible. Se recomienda que los profesionales obtengan una visión inicial de todos los estándares, por ejemplo, a través del ciclo del proyecto y la lista de componentes, antes de determinar qué normas son más relevantes para sus necesidades profesionales actuales. Comprometerse con los estándares debe ser visto como un proceso a largo plazo, por el cual los profesionales, los consultan a lo largo del tiempo para desarrollar gradualmente sus conocimientos y su trabajo.

Tabla 3: Ejemplo de escenarios de cómo se pueden utilizar los estándares (parte 2)

<p>Un jefe del servicio ha notado que ciertos destinatarios tienen menos probabilidades de asistir a una intervención. Utiliza los estándares de la Etapa 4 del Proyecto: <i>Diseño de intervención</i>, el componente 5.4: <i>Captación y retención de participantes</i> y la etapa 6 del proyecto: <i>Implementación y monitorización</i>, para revisar el servicio y discutir con los destinatarios las posibles barreras. Queda claro que algunos no pueden asistir a la intervención regularmente debido a sus compromisos familiares. Como consecuencia, el jefe del servicio, considera desarrollar un proyecto específico para alcanzar a este grupo de destinatarios.</p>	<p>Un técnico que desarrolla programas, está diseñando un nuevo programa de prevención para la escuela. Antes de empezar a elaborarlo, lee las consideraciones de cada componente y toma nota de las diferencias entre los estándares básicos y los de nivel avanzado, para comprender cuáles son los retos prácticos de la implementación del nuevo programa. Los estándares le animan a considerar cómo la flexibilidad puede ser incorporada en el diseño de la intervención para minimizar la necesidad de desviaciones no planificadas durante la implementación.</p>
<p>Un comisionado utiliza los estándares para llevar a cabo una evaluación de necesidades locales mediante la Etapa 1 del Proyecto: <i>Evaluación de necesidades</i>. Los datos muestran que los servicios actuales no ofrecen programas de prevención para las familias a pesar de que los necesitan. En consecuencia, asigna una parte de los fondos para programas de prevención familiar y oferta una subvención para realizarlos.</p>	<p>Un profesional dedicado a la formación (capacitación) en prevención, está revisando los formularios de comentarios recibidos después de un curso. De acuerdo con el feedback, los asistentes sentían que debería haber un mayor énfasis en cómo responder a las necesidades individuales de la población destinataria. Los estándares incluidos en el Apartado C: <i>Capacitación del personal</i> sugieren que se podría mejorar el contenido del curso para incluir un módulo sobre meta-competencias.</p>
<p>Un profesor universitario utiliza el documento de los estándares como un libro de referencia, para informar a los estudiantes sobre las mejores prácticas actuales en prevención de drogodependencias. En concreto utiliza algunas de las consideraciones iniciales de cada componente, para empezar la discusión entre los estudiantes. Estos llevan a cabo un debate sobre los principios éticos de la prevención de las drogodependencias que se describen en el Apartado D: <i>Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias</i>.</p>	<p>Un técnico de prevención desea diversificar la cartera de servicios ofreciendo una actividad de prevención a los jóvenes. El jefe del servicio utiliza los estándares para reflexionar sobre cómo la nueva actividad puede ser integrada en el programa ya existente. Los estándares que se incluyen en el componente 2.2: <i>Evaluación de las capacidades internas</i>, ponen de relieve que la organización actualmente carece de personal que esté especializado en la prevención con jóvenes.</p>

¿Cómo se estructuran los estándares y qué contenido abarcan?

Los estándares de calidad europeos para la prevención de las drogodependencias se presentan ordenados cronológicamente de acuerdo a la lógica del ciclo de un proyecto, describiendo el desarrollo, la implementación y la evaluación del trabajo preventivo (Figura 1).

Figura 1: El ciclo del proyecto de prevención de drogodependencias:



Dentro del ciclo, los estándares comprenden tres niveles de referencia:

1. Etapas del proyecto: 8 etapas.
2. Componentes de cada etapa: 31 componentes y 4 aspectos transversales.
3. Atributos: descripción de los estándares que distingue entre básicos y adicionales (avanzados).

1. Etapas del proyecto

El ciclo del proyecto se compone de ocho etapas: evaluación de necesidades; evaluación de recursos; formulación del programa; diseño de la intervención; gestión y movilización de recursos; implementación y monitorización; evaluaciones finales; y difusión y mejora. Es probable que se lleven a cabo simultáneamente la evaluación de las necesidades y la evaluación de los recursos, así como, por su parte, el diseño y la gestión de las intervenciones y la movilización de los recursos, por lo tanto, se presentan en los mismos colores. El centro del ciclo contiene estándares que no son específicos de una determinada etapa del proyecto, pero que deben servir para orientar al trabajo preventivo en todo momento.

En los estándares, cada etapa del proyecto comienza con una breve introducción que indica su posición en el ciclo del proyecto y proporciona una breve descripción de los estándares que contiene. Para facilitar su uso, los estándares están codificados por colores de acuerdo con los representados en la Figura 1.

El ciclo del proyecto debe entenderse como un modelo simplificado de la prevención de drogodependencias. Aunque la estructura del ciclo del proyecto se identificó como el mejor medio para presentar un conjunto completo de estándares de calidad, en realidad, el trabajo de prevención puede organizarse de manera diferente de lo que se muestra en el ciclo del proyecto. **Quienes utilicen los estándares deberán adaptar cuidadosamente el ciclo del proyecto, a las circunstancias individuales de su trabajo preventivo.** Entre las posibles reflexiones se incluyen: ¿Qué etapas del proyecto ya han sido terminadas?, ¿qué componentes podrían no ser necesarios en este proyecto particular?, ¿debería cambiar el orden de los estándares para reflejar circunstancias concretas? (es decir, se puede pasar de una etapa a otra en un orden no cronológico). También se pueden hacer cambios justificables en la estructura del ciclo del proyecto, ya que esta flexibilidad asegura que los criterios sean relevantes, útiles y viables en todas las áreas de la prevención de las drogodependencias.

También es importante señalar que los estándares deben considerarse siempre relacionados entre sí. Por ejemplo, las conclusiones de la evaluación de necesidades influirán en la formulación del programa, y que, a su vez, determinará qué recursos se requieren. **Por lo tanto, se recomienda obtener una visión general de todos los estándares, en lugar de leer capítulos sueltos de forma aislada.** El nivel de detalle puede al principio parecer desalentador, pero su utilidad práctica radica en proporcionar una guía, paso a paso, sobre cómo llevar a cabo un trabajo de prevención de drogodependencias de calidad.

2. Componentes

Cada etapa del proyecto se divide en varios componentes (consultar la Tabla 4). Estos muestran las acciones que deberían llevarse a cabo en ese momento del proyecto. En total, hay treinta y un componentes dentro de las etapas del proyecto y cuatro aspectos transversales en el centro del gráfico del ciclo del proyecto. Los aspectos transversales, aunque tal vez no sean las consideraciones más importantes del trabajo de prevención en sí, contienen temas que deben ser reconsiderados en cada etapa del proyecto; se colocaron en el centro para reducir su repetición en cada una de las etapas del proyecto.

El número de cada componente hace referencia a la fase del proyecto y del propio componente, mientras que, los aspectos transversales que están en el centro del ciclo del proyecto, reciben mayúsculas de la A a la D. **La numeración de los componentes no indica necesariamente prioridad u orden cronológico.** Algunos componentes no siempre son necesarios o posibles, y los estándares allí incluidos sólo se aplican si se emplea esa acción. Estos componentes comienzan con 'Si.../Cuando...!'; por ejemplo, el componente 4.2: *Cuando se selecciona una intervención ya existente.*

En los estándares, cada componente comienza en una nueva página, con las consideraciones sobre su aplicación en la práctica. El contenido de las recomendaciones se deriva principalmente de consultas con profesionales de las drogodependencias y discusiones dentro de la Asociación. Las recomendaciones, generalmente, describen la justificación de un determinado componente, facilitan la discusión de posibles barreras para la implementación de los estándares en la práctica, así como formas de superar estas barreras, y resaltan si un componente no es aplicable a todas las

tareas de la prevención. También se hace referencia a guías adicionales y otros aspectos que apoyan la implementación de un componente concreto. Se propone a los profesionales que lean los estándares en su conjunto, utilizando el Glosario de términos proporcionado en el Apéndice.

3. Atributos

El tercer nivel de detalle contiene descripciones adicionales de los componentes, distinguiendo entre los estándares básicos y los estándares avanzados (ver la siguiente sección). La columna de la izquierda contiene los estándares reales (ver Figura 2). Cuando se utilizan para la reflexión sobre el trabajo preventivo, estos atributos definen cómo lograr el componente concreto. Los estándares están numerados de acuerdo con su relación en las etapas del proyecto y los componentes están ubicados para permitir una fácil localización; la numeración no indica necesariamente prioridad ni orden cronológico.

La columna de la derecha contiene notas para ayudar a aclarar el propósito o contenido de los estándares, ya que su significado puede depender del contexto en el que se usen. Las notas, en ciertos casos, también indican si un estándar refleja el nivel básico ("estándar básico, si..."), o si hay consideraciones adicionales que deben tenerse en cuenta. Los ejemplos muestran cómo, el cumplimiento de los estándares, podría ser comprobado. Sin embargo, los ejemplos dados en la columna de la derecha no deben ser necesariamente vistos como las únicas maneras adecuadas para lograr o comprobar los estándares. Cuando hay mucho texto en las notas, se muestra horizontalmente bajo los estándares, en lugar de en la columna de la derecha.

Figura 2: Diseño de atributos

<i>Aspectos transversales - D: Aspectos éticos de la prevención de las drogodependencias</i>	
Estándares básicos:	
D.1 El conocimiento general de la política y legislación es suficiente para la implementación del programa.	<p>P. ej. Los miembros del personal y los destinatarios conocen los reglamentos generales vinculantes, su responsabilidad legal, y las normas y procedimientos internos.</p> <p>Nota: Depende del programa en particular determinar qué políticas y partes de la legislación son más importantes; se pueden encontrar otras consideraciones en el Componente 1.1: <i>Conocimiento sobre las políticas y la legislación sobre drogodependencias</i>.</p> <p>Ejemplos de políticas y legislación: Política de igualdad de oportunidades, política de confidencialidad, política de protección de menores, política de salud y seguridad, leyes sobre residuos y protección del entorno.</p>
D.2 Hay un código ético definido.	
<i>Aspectos transversales - D: Aspectos éticos de la prevención de las drogodependencias</i>	
Estándares avanzados adicionales:	
D.15 El alcohol, el tabaco y las drogas ilegales están prohibidas en los recintos del programa.	<p>Estándar básico si es requerido por la ley.</p> <p>Nota: El cumplimiento de este estándar puede no ser factible bajo ciertas circunstancias, por ejemplo si la intervención se lleva a cabo en un recinto externo a la organización (p. ej. un club nocturno).</p>
D.16 El programa cumple con las normas y directrices nacionales e internacionales.	<p>Estándar básico si así lo requieren las políticas y legislación vigentes.</p> <p>Ejemplo de estándares: Se cuenta con los estándares nacionales profesionales en prevención de drogodependencias, si están disponibles.</p>
D.17 El código de derechos de los participantes está publicado y es fácil de entender.	

¿Cuál es la diferencia entre los estándares básicos y avanzados?

La prevención de las drogodependencias abarca una amplia gama de actividades que pueden diferir, por ejemplo, en cuanto a sus objetivos, al ámbito de trabajo, a la población diana, al entorno, los métodos, la duración y/o los recursos disponibles y los necesarios para llevarla a cabo. Por lo tanto, ciertos estándares pueden parecer más relevantes o viables para algunas intervenciones que para otras.

En función de la relevancia, los profesionales de la prevención de las drogodependencias que contribuyeron al desarrollo de estos estándares, argumentaron que las acciones puntuales puestas en marcha en función de una necesidad (p. ej., un trabajo para superar un obstáculo, una intervención centrada en lograr algo, una intervención breve), deben distinguirse de las intervenciones estructuradas a largo plazo con contenido predeterminado (p. ej., un programa escolar con manual). Por ejemplo, hay intervenciones dirigidas a determinadas poblaciones, cuyos participantes puede que no siempre sea posible involucrarlos durante un período largo de tiempo, por lo que, aquellos estándares que implican una relación a largo plazo con los participantes, no podrían ser aplicables (p. ej., los estándares sobre la retención de los participantes a largo plazo).

En términos de viabilidad, las consultas a los expertos en prevención, sugirieron que algunos estándares no siempre eran factibles. Los delegados destacaron, por ejemplo, las limitaciones para realizar prevención en entornos en los que los responsables no tienen un control total sobre la implementación (p. ej., escuelas, establecimientos nocturnos). También sostuvieron que los estándares deberían aplicarse más rigurosamente a los proyectos de gran envergadura, mientras que, de los proyectos a pequeña escala, no podía esperarse que se adhirieran a todos los estándares. La distinción entre trabajo a gran escala y a pequeña escala se refiere al tamaño y alcance de los proyectos y organizaciones, por ejemplo, en cuanto al número de miembros del personal involucrados, la cantidad de presupuesto disponible, la duración de los proyectos y/o el número de participantes. Un programa gubernamental a largo plazo con difusión nacional, sería un ejemplo de trabajo a gran escala, mientras que una intervención puntual, organizada por una escuela para un número pequeño de alumnos, podría clasificarse como un proyecto a pequeña escala. Las organizaciones más pequeñas suelen tener menos capacidades que las organizaciones más grandes y, por lo tanto, suelen tener problemas a la hora de alcanzar todos los estándares. Sin embargo, el cumplimiento del máximo de estándares debe ser un objetivo profesional para todo tipo de organizaciones.

Por lo tanto, los estándares ofrecen tres niveles: «básico», «básico si» y «avanzado». Esta diferenciación se basó en las consultas que se llevaron a cabo durante la elaboración de los estándares.

- **Estándares básicos:** Estos criterios deberían poderse aplicar, independientemente de sus circunstancias particulares, a todo tipo de trabajo de prevención de drogodependencias. Los estándares básicos proporcionan un marco de referencia para aquellos profesionales, planificaciones, organizaciones y estrategias que no podrían actualmente alcanzar todos los estándares, debido a la limitación de recursos o por tener un punto de partida muy básico. Esto podría incluir a organizaciones que no están especializadas principalmente en el trabajo preventivo, como las escuelas. Se consideraría que estas organizaciones, están funcionando muy bien, si logran el nivel básico de calidad. Sin embargo, incluso los profesionales de estos programas básicos, no deberían leer simplemente los estándares básicos sino que, también, deben considerar la importancia, utilidad y viabilidad de todos los estándares avanzados. Los estándares avanzados contienen indicaciones más detalladas

que los estándares básicos, por lo que éstos pueden ser útiles para dirigir el trabajo a nivel básico. También pueden aplicarse estándares básicos adicionales («estándar básico si») en determinadas circunstancias.

- **Estándares básicos adicionales ("estándar básico si"):** Estos criterios se destacan en negrita y reflejan el nivel básico en circunstancias particulares. Por ejemplo, algunos estándares pueden considerarse básicos si se planifica una evaluación de resultados, pero no se aplicarían si no se planificó una evaluación de resultados. Dependiendo de cuántos estándares básicos haya, se enumeran siguiendo los estándares básicos, o se indican en la columna de la derecha de los estándares avanzados adicionales. Los técnicos que utilicen los estándares básicos deberían echar un vistazo a los estándares avanzados para identificar cualquier estándar adicional que pueda llevar a reflexionar sobre el nivel básico de su proyecto.
- **Estándares avanzados adicionales:** Estos criterios se deben consultar, además de los estándares básicos, porque representan un mayor nivel de calidad. Los estándares avanzados proporcionan un marco de referencia para aquellos profesionales, proyectos, organizaciones y estrategias que disponen de más recursos, así como, también, para aquellos proyectos y organizaciones más pequeños que ya han alcanzado la mayoría de los estándares básicos. Si bien el cumplimiento de todos los estándares avanzados es deseable, es posible que no siempre sean aplicables. Por lo tanto, los técnicos que empleen los estándares avanzados tendrán que determinar cuáles de ellos son pertinentes, útiles y viables con respecto a su trabajo específico de prevención.

Los profesionales que utilizan los estándares para la reflexión sobre su trabajo, pueden referirse a esta distinción, entre las diversas categorías de estándares, para determinar su posición actual en cuanto a la calidad, y para identificar áreas de mejora. Una vez que se han alcanzado los estándares más básicos, los profesionales deben esforzarse por alcanzar aquellos estándares avanzados que son aplicables para la mejora de su trabajo.

CAPÍTULO

TRES

3

Capítulo 3:

Acerca de los estándares de calidad

¿Por qué se desarrollaron estos estándares?

En Europa, en general, resulta sorprendente el predominio de intervenciones que carecen o solo tienen una base de evidencia débil, así como una implementación endeble de la prevención. Si bien esto puede deberse al hecho de que tales abordajes requieren menos recursos (p. ej. menos capacitación del personal), la efectividad sólo puede lograrse mediante la correcta implementación de actividades de prevención con componentes basados en la evidencia. Incluso intervenciones bien intencionadas y bien planificadas pueden tener efectos perjudiciales en lugar de preventivos (Moos, 2005; Werch y Owen, 2002). Por estas razones, los estándares y su apoyo a través de los requisitos para la financiación, no solo son necesarios para mejorar la eficacia de la prevención sino que, sobre todo, son éticamente necesarios para garantizar que no se produzca daño a través de intervenciones preventivas que, en la mayoría de los casos, ni siquiera han sido solicitadas por la población destinataria.

La calidad y la evidencia son la base de la prevención, pero ésta, rara vez está sujeta a un control o su financiación está condicionada por la calidad. Sin embargo, cada vez se reconoce más la necesidad de mejorar la prevención en Europa, con la mitad de los Estados miembros que informan sobre los esfuerzos para desarrollar estándares de calidad para prevención del consumo de drogas. En el momento en que se inició el proyecto europeo sobre los estándares de la prevención de drogodependencias, sólo algunos Estados miembros de la UE disponían de estándares y directrices de calidad en materia de prevención del consumo de drogas. Las directrices disponibles variaban en función del contenido, el rigor metodológico y la viabilidad, más allá del contexto regional o nacional. Por consiguiente, faltaba un marco europeo común para la prevención de las drogodependencias de calidad. Tampoco estaba claro hasta qué punto las directrices internacionales disponibles eran relevantes para la prevención del consumo de drogas en Europa y cómo podrían adaptarse al contexto europeo (por ejemplo, las *Estándares de Evidencia* de los EE. UU. -Flay et al., 2005-).

La necesidad de un marco europeo para la prevención de las drogodependencias también se manifiesta en documentos de políticas de la UE, como los planes de acción de la UE sobre drogas (Consejo Europeo, 2005 y 2008). Estos han expresado su intención de desarrollar e implementar las mejores prácticas en prevención de las drogodependencias, pero sin ser capaces de proporcionar un marco de referencia sobre cómo hacerlo.

Por lo tanto, el objetivo de los estándares es mejorar la práctica europea de la prevención de las drogodependencias, proporcionando un marco de referencia, que ha surgido de la experiencia real, para cerrar las brechas existentes entre la ciencia, la política y la práctica.

Los objetivos específicos del proyecto son:

- Desarrollar y presentar un conjunto de estándares como herramientas para la evaluación de criterios, que sirvan de directriz para aplicarlos en proyectos de prevención para su comprobación.
- Revisar y comparar los estándares y las directrices basadas en la evidencia de cada nación existentes en la UE y en todo el mundo.
- Identificar y discutir los estándares nacionales y las directrices que modifican la implementación.
- Publicar los estándares y directrices de la UE en materia de prevención de drogodependencias basada en la evidencia.

Este documento se centra en los estándares que se produjeron como parte de este proceso.

¿Qué políticas son compatibles con los estándares?

Los estándares respaldan directamente las principales acciones y prioridades trazadas en el Plan de Acción de la UE en materia de drogodependencias (2009-2012) y la estrategia de la UE sobre drogas (2005-2012), en relación con la reducción de la demanda de drogas y la mejora de la comprensión del fenómeno, que incluye:

- Acción 17: «Desarrollar, aplicar e intercambiar modelos de buenas prácticas/estándares de calidad para intervenciones y servicios de prevención, tratamiento, reducción de daños y rehabilitación».
- Acción 19: «Que la UE desarrolle un consenso sobre un mínimo de estándares de calidad y de puntos de referencia para intervenciones y servicios de prevención, tratamiento, reducción de daños y rehabilitación, teniendo en cuenta las necesidades de grupos específicos y la labor realizada a nivel nacional e internacional».
- «Una mayor comprensión del problema de las drogodependencias y el desarrollo de una respuesta ajustada a ella, a través de una mejora basada en el conocimiento y en la construcción del conocimiento, mensurable y sostenible» (Consejo Europeo, 2004, p.18, 2008, p.13).

Los estándares también ayudarán a los Estados Miembros a realizar las medidas previstas en el Plan de Acción de las Naciones Unidas aprobado en una serie de sesiones de alto nivel de la 52ª sesión de la Comisión de Estupefacientes en 2009, como por ejemplo:

- «Llevar a cabo programas de prevención basados en la evidencia científica, tanto universal como específica, en diversos ámbitos (tales como escuelas, familias, medios de comunicación, lugares de trabajo, comunidades, salud y servicios sociales y prisiones)».
- «Garantizar que las medidas de reducción de la demanda del consumo de drogas respeten los derechos humanos y la dignidad inherente a todos los individuos y faciliten el acceso de todos los toxicómanos a los servicios de prevención y de atención sanitaria y social con miras a la reinserción social».
- «Involucrar a todas las partes interesadas a nivel comunitario (incluidas las poblaciones destinatarias, sus familias, miembros de la comunidad, empresarios y organizaciones locales) en la planificación, implementación, monitorización y evaluación de las medidas de reducción de la demanda de drogas».

- «Apoyar el desarrollo y la adopción de estándares de atención sanitaria apropiados, así como la formación continua sobre las medidas de reducción de la demanda de drogas (UNODC, 2009b, página 24, punto 18 (a))».

La disponibilidad de un marco común que se pueda adaptar a las circunstancias locales, debería constituir un incentivo para que los Estados miembros de la UE desarrollen estándares de calidad locales, regionales o nacionales cuando no existieran anteriormente o revisen y actualicen los estándares de calidad existentes y adopten estos estándares de calidad para su propio uso. La adopción de los estándares mejorará la práctica de la prevención de las drogodependencias y la eficiencia de la financiación, y reducirá la probabilidad de la implementación de intervenciones que sean ineficaces o tengan efectos iatrogénicos. Por lo tanto, los estándares serán el soporte de las estrategias y políticas locales, regionales, nacionales e internacionales sobre drogodependencias.

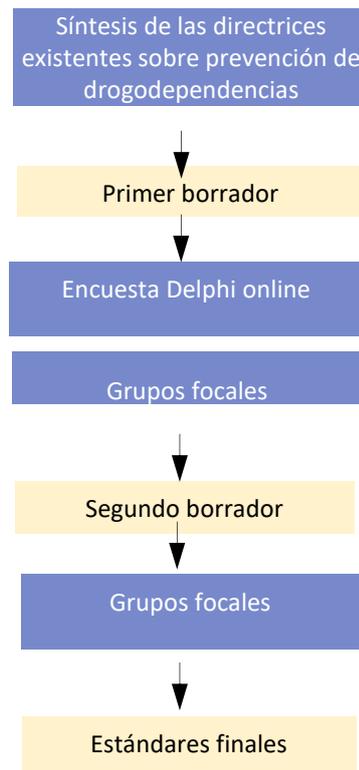
¿Cómo se desarrollaron los estándares?

Los estándares europeos de calidad de la prevención de las drogodependencias se redactaron a través de una revisión y síntesis de diecinueve documentos europeos e internacionales que contienen estándares de calidad para la prevención de las drogodependencias y se consumaron mediante consultas con profesionales relacionados con el tratamiento de la drogodependencia de toda Europa. En el desarrollo de los estándares, la Asociación utilizó métodos que además de ser válidos y fiables, también permitían un conocimiento detallado de las culturas y prácticas profesionales locales (p. ej., valores y preferencias, estructuras organizativas). La Figura 3 proporciona una visión general del proceso de desarrollo.

En 2008/09 se identificaron las directrices existentes en materia de prevención de drogodependencias, poniéndose en contacto con los representantes pertinentes de los 27 Estados miembros de la UE, es decir, las personas de contacto (puntos focales) de las distintas naciones de la red Reitox del OEDT, la Red Europea de Información sobre Drogas y Toxicomanías o los responsables nacionales del Intercambio Sobre la Reducción de la Demanda de Drogas (EDDD). Además, se contactó con destacadas organizaciones que trabajan en la prevención de las drogodependencias, como el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), el Instituto Nacional Australiano de Investigación sobre las Drogas (NDRI), para la recogida de materiales. También se realizaron búsquedas en Internet y de bibliografía de literatura científica.

En total, se recopilaron 77 documentos. De éstos se seleccionaron estándares de calidad centrados en la prevención de las drogodependencias con un enfoque nacional o, en caso de que no existieran directrices nacionales, se seleccionó el ámbito regional. También se requiere que los materiales sean de carácter oficial, es decir, publicados o reconocidos por el gobierno o un organismo líder en la prevención de las drogodependencias. La selección final constaba de 19 documentos; los materiales del idioma no inglés fueron traducidos al inglés. Los documentos incluidos en la revisión se enumeran en el Apéndice. Se produjo un primer borrador de los estándares europeos de calidad de la prevención de las drogodependencias, sintetizando los estándares de calidad contenidos en estos documentos.

Figura 3: Desarrollo de los estándares



Los borradores de los estándares se perfeccionaron después de consultar a los profesionales de la prevención de las drogodependencias. Fueron invitados participantes de todos los niveles profesionales de una amplia gama de campos profesionales que contribuyen a la prevención de las drogodependencias, a saber: equipos de planificación regional; educación; salud; salud mental; servicios sociales; jurídico penales; voluntariado y sector comunitario; gobierno; investigación y asesoría experta; y medios de comunicación. Las consultas fueron realizadas por todos los miembros de la Asociación de Estándares de Prevención, e incluyeron los siguientes países o regiones: Galicia (región de España), Hungría, Liguria (región de Italia), Lombardía (región de Italia), Polonia, Rumania, y el Reino Unido.

En dos rondas de una encuesta Delphi, los profesionales clasificaron la prioridad de los borradores de los estándares de "alta prioridad" a "en absoluto una prioridad" a nivel de componentes. En todos los países y regiones, 423 profesionales completaron ambas rondas de encuestas. En la siguiente ronda de consultas, 122 profesionales asistieron a catorce eventos de grupos focales en cinco países para discutir los estándares en detalle, particularmente con respecto a su relevancia, utilidad y viabilidad. El feedback obtenido a través de la encuesta Delphi y los grupos focales se utilizó para producir un segundo borrador de los estándares.

En la ronda final de consultas, 72 profesionales de cinco países ayudaron a definir cómo se podían aplicar los estándares en la práctica y proporcionaron sugerencias finales de mejora. La versión final se produjo incorporando las aportaciones de todas las consultas, las sugerencias recibidas en las presentaciones de la conferencia y las conclusiones extraídas en las reuniones de la Asociación.

Más información sobre el desarrollo de los estándares y una lista de los profesionales que contribuyeron a las consultas se pueden encontrar en el informe final del proyecto (Brotherhood et al., 2011).

¿Cuáles son las condiciones para la implementación de los estándares y cuáles podrían ser las barreras potenciales?

Desde el inicio de este proyecto, quedó claro que los estándares finales sólo se convertirían en una herramienta útil para difundir la práctica cotidiana, si son relevantes y útiles para múltiples profesionales de todos los países y si son aplicables a una variedad de entornos y circunstancias. Esto se logró, en gran medida, a través de las consultas mencionadas anteriormente; lo cual es evidente en las consideraciones prácticas al comienzo de cada componente y en la distinción entre los estándares de nivel básico y de avanzado.

Sin embargo, las conversaciones con profesionales de prevención de drogodependencias también indicaron una serie de condicionantes y barreras potenciales que, aunque demandadas para la adopción de los estándares en la práctica, no pudieron abordarse durante su desarrollo. Los siguientes párrafos describen brevemente los cambios culturales, organizativos y estructurales que se requieren para lograr una implementación generalizada.

- **Promover el uso de estándares de calidad:** Alentadoramente, las consultas sugirieron que muchas de las acciones descritas en los estándares ya son una práctica común, aunque a menudo no se implementan con la calidad especificada en dichos estándares. Por lo tanto, los profesionales podrían aprovechar y mejorar el trabajo existente, en lugar de tener que comenzar desde cero. También se señaló que un buen proyecto, naturalmente, acabaría cumpliendo con los estándares de calidad. Sin embargo, quedó claro que la mayoría de los profesionales pueden no estar familiarizados con el concepto de estándar de calidad, certificación de programas y pautas profesionales. A pesar de que los profesionales pueden recibir con satisfacción la introducción de los estándares, estos profesionales pueden sentirse inseguros sobre cómo usarlos en su práctica cotidiana. Por lo tanto, se requeriría apoyar la utilización de los estándares proporcionando eventos de formación y materiales formativos específicos. Se recomienda que los estándares y su uso se implanten de forma escalonada; primero introduciendo en el ámbito la necesidad de tener estándares de calidad, luego emprendiendo un proceso para introducir los propios estándares, y finalmente familiarizando con su contenido de una manera específica a los potenciales usuarios.
- **Desarrollar directrices de contenido:** Las consultas indicaron que hay una necesidad de dirección sobre el contenido del trabajo de prevención basado en la evidencia. Los estándares de calidad proporcionan un marco coherente para la prestación de la prevención, y sugieren cómo se puede llegar a las decisiones sobre su contenido, pero no se pretende especificar qué actividades deben realizarse. En contraste con los estándares nacionales de calidad disponibles, sólo se consideraron pertinentes para la UE dos documentos que contenían directrices sólidas (NICE, 2007; UNODC, 2009a). Ambos se referían a directrices de prevención para familias, y se inclinaban hacia las estructuras de prevención bien desarrolladas que se observaron principalmente en los estados de Europa Occidental. Es probable que el éxito futuro de los estándares dependa de la disponibilidad de directrices compatibles de prevención de drogodependencias de alta calidad. Aunque las revisiones sistemáticas y los metanálisis presentan resúmenes de la evidencia internacional, carecen de detalles sobre la implementación y la adaptación local. El acceso e interpretación de evidencias complejas y, a menudo contradictorias, es también un desafío para muchos profesionales. Por lo tanto, es evidente que hay que trabajar más para que los profesionales puedan tomar decisiones sobre la mejor manera de intervenir con sus poblaciones destinatarias.

- **Atraer fondos:** Los estándares están diseñados como un reto pero de forma realista. A través de la distinción entre los niveles básico y avanzado, se tiene en cuenta la situación actual de la práctica de la prevención de las drogodependencias y la disponibilidad de recursos en la UE. Idealmente, los estándares (básicos) se pueden implementar usando o reorganizando los recursos existentes. Sin embargo, las organizaciones con capacidades limitadas pueden necesitar atraer fondos adicionales, concretamente si desean alcanzar los estándares del nivel avanzado.
- **Priorizar y apoyar la prevención:** En comparación con el tratamiento y la rehabilitación, la prevención recibe relativamente menos atención (económica) y, por lo tanto, puede parecer menos importante. El apoyo económico predecible y estable es una condición para un trabajo sostenible de prevención de drogodependencias de calidad. La adopción de los estándares promoverá la importancia de la prevención dentro del marco de la reducción de la demanda de drogas. Sin embargo, con el fin de mejorar la calidad de la prevención de las drogodependencias (p. ej., mediante la realización de evaluaciones de resultados científicos), los comisionados y los patrocinadores deberán invertir más dinero en la prevención. Los estándares actuales no proporcionan una guía detallada sobre cómo asignar fondos, y los comisionados y patrocinadores pueden necesitar preparación adicional en este sentido (p. ej., cómo considerar los costes de oportunidad -coste de la inversión de los recursos disponibles a costa de la mejor inversión alternativa disponible, o también el valor de la mejor opción no realizada-).
- **Crear y fortalecer los organismos centrales de prevención:** Las consultas pusieron de relieve la importancia de los órganos de coordinación regionales y nacionales, financiados por el gobierno, que implementan estrategias sobre drogas, actúan como comisionados y coordinan el trabajo de prevención de las drogodependencias, realizan evaluaciones de necesidades, promueven el cumplimiento de los estándares de calidad, elaboran y difunden guías con las mejores prácticas, organizan eventos formativos y de encuentro entre técnicos de prevención que facilita el contacto entre los diferentes implicados, etc. En el debate se destacaron los beneficios cuando tales estructuras están en su lugar, así como los problemas que surgen cuando estas estructuras organizativas son débiles o no existen (p. ej., no todos los países tienen políticas de prevención ubicadas en un departamento u organización concreto), o están bajo la amenaza de desaparecer.
- **Tener en cuenta las diferencias en la práctica de la prevención:** La aplicación de la prevención de las drogodependencias difiere entre países, localidades y campos profesionales (p. ej., las diferentes culturas profesionales entre los servicios social y médicos). Aunque los estándares son ampliamente aplicables, los delegados se preguntaron si podrían adaptarse para ajustarse a circunstancias particulares (p. ej. a una población diana local, a las estructuras nacionales que implementan). Esta versión de los estándares no contiene instrucciones detalladas sobre cómo integrarlos en los sistemas y estructuras existentes que implementan la prevención. Está previsto que las versiones futuras de los estándares ilustren mejor cómo se pueden aplicar en la práctica, en base a ensayos en la vida real bajo diferentes circunstancias.
- **Crear sinergias:** Otro posible desafío se relaciona con la falta de coordinación y colaboración entre los grupos profesionales y los grupos de interés para el campo de la prevención de las drogodependencias. Los delegados aportaron varios ejemplos, como la duplicación de esfuerzos de los servicios de prevención que desconocían el trabajo de los demás o la falta de comunicación entre los investigadores y los profesionales, lo que significaba que la evidencia

no fue adoptada y difundida de una manera útil para la práctica. La comunicación puede ser obstaculizada por las diferentes percepciones de los objetivos y métodos de la prevención. El Componente B: *La comunicación y la participación de los grupos de interés*, aborda específicamente este desafío, reconociendo que una mejor coordinación permitiría servicios más específicos y una mejor distribución de los recursos. Sin embargo, la implementación de los estándares requiere que sean aceptados por los diferentes grupos de interés, es decir, la colaboración sólo puede ocurrir cuando las distintas partes están interesadas en colaborar. Además, la introducción de estándares en la práctica afectará a grupos de interés que tradicionalmente no han participado en el pasado en el trabajo de prevención y que, por lo tanto, pueden tener dudas sobre su papel en la prevención de drogodependencias (p. ej. profesores, farmacéuticos, responsables del alojamiento).

- **Desarrollar las actitudes y habilidades profesionales:** Otro tema fue la competencia y la voluntad del personal para poner los estándares en práctica. Se informó sobre las carencias de conocimientos que afectan el trabajo preventivo en relación con, por ejemplo, enfoques basados en la evidencia, la evaluación, la adaptación o planificación estratégica de proyectos. Parece haber una división entre la teoría y la práctica de la prevención (p. ej., lo que se sabe que es eficaz en comparación con lo que realmente se hace). Las discusiones también indicaron que los profesionales pueden ser reticentes a usar los estándares, desestimándolos como "demasiado complejos" o "demasiado difíciles de lograr". Los profesionales también pueden preocuparse al creer que los estándares podrían devaluar sus experiencias profesionales. El objetivo de los estándares es promover mejores prácticas, y por lo tanto no pueden simplemente legitimar la práctica actual. A través de la distinción entre estándares básicos y avanzados y la promoción de la autorreflexión, los estándares pueden convertirse en una herramienta útil si los profesionales están dispuestos a comprometerse con ellos. Es importante que los estándares se conviertan en un medio para mejorar la práctica profesional y hacer cambios reales en la forma en que se planifica y se realiza la prevención, y no en un dispositivo burocrático. Si bien los estándares podrían mejorar la comprensión de la prevención entre los profesionales y proporcionar importantes mejoras adicionales a través de los estándares de capacitación laboral (p. ej. C: *Desarrollo del personal*), también sería necesaria una formación específica para la prevención y una formación avanzada. Además, un cambio profundo en las actitudes profesionales sólo puede lograrse como parte de un proceso a largo plazo que involucre a todos los niveles relevantes.

Estas consideraciones destacan que los estándares no pueden aplicarse de forma aislada, desvinculados de las realidades de la prevención de las drogodependencias. Por el contrario, la aplicación de los estándares debe ir acompañada de un proceso de cambio en los fundamentos mismos de la prevención de las drogodependencias, hacia un enfoque más integrado y basado en la evidencia. Los socios del proyecto también han elaborado un resumen con aspectos que son de especial relevancia para su país, aunque es probable que otros países puedan enfrentar desafíos similares. Las consideraciones de cada país están disponibles online como un suplemento de este manual.

PARTE DOS

LOS ESTÁNDARES

Tabla 4: Etapas del proyecto y componentes de los estándares europeos de calidad para la prevención de drogodependencias

Aspectos transversales	
A.	Sostenibilidad y financiación
B.	Comunicación y participación de los grupos de interés para el programa
C.	Capacitación del personal
D.	Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias
1. Evaluación de necesidades	
1.1	Conocimientos sobre las políticas y la legislación sobre drogodependencias
1.2	Evaluación del consumo de drogas y de las necesidades de la comunidad
1.3	Descripción de la necesidad – Justificación de la intervención
1.4	Conocimiento sobre la población diana
2. Evaluación de recursos	
2.1	Evaluación de los recursos de la población diana y de la comunidad
2.2	Evaluación de las capacidades internas
3. Formulación del programa	
3.1	Definición de la población diana
3.2	Utilización de un modelo teórico que sustente la intervención
3.3	Definición de fines, metas y objetivos
3.4	Definición del contexto de la intervención
3.5	Empleo de la evidencia de efectividad
3.6	Elaboración del cronograma
4. Diseño de la intervención	
4.1	Diseñado con calidad y efectividad
4.2	Si se selecciona una intervención ya existente
4.3	Adaptación de la intervención a la población diana
4.4	Si se planifican evaluaciones finales
5. Gestión y movilización de recursos	
5.1	Planificación del programa - Ilustración de la planificación del proyecto
5.2	Planificación de los requisitos de financiación
5.3	Configuración del equipo
5.4	Captación y retención de los participantes
5.5	Preparación de los materiales del programa
5.6	Provisión de una descripción del programa
6. Implementación y monitorización	
6.1	Si se desarrolla una intervención piloto
6.2	Implementación de la intervención
6.3	Monitorización de la implementación
6.4	Adaptación de la implementación
7. Evaluaciones finales	
7.1	Si se realiza una evaluación de resultados
7.2	Si se realiza una evaluación de proceso
8. Difusión y mejora	
8.1	Se determina si el programa debe ser mantenido
8.2	Difusión de la información sobre el programa
8.3	Si se elabora un informe final

Aspectos transversales

Aspectos transversales



Hay muchos temas recurrentes que no se refieren sólo a una fase del proyecto, sino a todo el ciclo del proyecto. Para los propósitos de estos estándares, cuatro de estos temas se han colocado en el centro del ciclo del proyecto, simbolizando que deberán ser reconsiderados en cada etapa del proyecto.

A: Sostenibilidad y financiación - Los programas deben considerarse incorporados dentro de un marco más amplio de actividades de prevención de drogodependencias. Debe garantizarse la viabilidad a largo plazo de las intervenciones preventivas. Idealmente, los programas podrían continuar más allá de su implementación inicial y/o después de que se haya acabado la financiación externa. Sin embargo, la sostenibilidad no sólo depende de la continuidad en la disponibilidad de fondos sino también del compromiso duradero del personal y otros grupos de interés relevantes para la organización y/o para el campo de la prevención de las drogodependencias. Los estándares de este componente describen cómo se puede asegurar la sostenibilidad mediante programas de "anclaje" dentro de los sistemas existentes y mediante el desarrollo de estrategias para asegurar los recursos necesarios, en particular la financiación.

B: Comunicación y participación de los grupos de interés para el programa - Las partes interesadas son individuos, grupos y organizaciones que tienen un interés directo en las actividades y en los resultados del programa y/o que se ven directa o indirectamente afectados por el mismo, como la población diana, la comunidad, los patrocinadores y otras organizaciones que trabajan en el campo de la prevención de las drogodependencias. Se debe contactar e involucrar en el programa a los distintos grupos interesados que son pertinentes, según sea necesario. El apoyo y la cooperación de la población diana será un requisito para cualquier programa. Otras formas de participación de las partes interesadas pueden incluir el establecimiento de vínculos con los “líderes” de la comunidad o con los medios de comunicación locales que posteriormente puedan apoyar el programa y aumenten su visibilidad. La participación de otras organizaciones que trabajen sobre el terreno sería útil para coordinar esfuerzos, compartir las lecciones aprendidas y establecer una planificación y presupuesto conjuntos. Una estrategia de comunicación permite el intercambio entre los distintos grupos implicados en el programa.

C: Capacitación del personal - Este componente consta de tres pilares: La formación del personal cuando se incorpora, promover su desarrollo continuo y el apoyo profesional y emocional. Las necesidades de capacitación del personal deben ser evaluadas antes de la implementación, y los miembros del personal deben ser entrenados para garantizar que el programa sea implementado adecuadamente. Los estándares también facilitan el desarrollo de planes de capacitación. La formación continua del personal es un medio para recompensar y retener a los miembros del personal, a la vez que asegura que sus conocimientos y habilidades están al día. Durante la implementación del programa, es importante dar a los miembros del personal la oportunidad de reflexionar sobre su trabajo y mejorarlo.

D: Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias - Los estándares establecen principios éticos para la prevención de las drogodependencias que se centran en: la conducta legal de los promotores; respeto por los derechos y la autonomía de los destinatarios; beneficios reales para la población diana; ningún daño para los participantes; proporcionar información veraz; obtener el consentimiento de los destinatarios; participación voluntaria; garantizar la confidencialidad; adaptar la intervención a las necesidades de los participantes; involucrar a los destinatarios como socios; y la salud y la seguridad. Si bien no siempre es posible adherirse a todos los principios éticos de la prevención, el enfoque ético debe ser claramente evidente en cada etapa del proyecto. En consecuencia, se desarrollan protocolos para proteger los derechos de los participantes, y se evalúan y mitigan los riesgos potenciales.

A: Sostenibilidad y financiación

Los programas deben diseñarse para asegurar la continuidad de las actividades de prevención de drogodependencias. Deberían formar parte de un conjunto más amplio de actividades de prevención de las drogodependencias (p. ej. dentro de una organización o una región) e, idealmente, los programas pueden continuar implementándose más allá de su aplicación inicial y/o después de que se haya detenido la financiación externa (p. ej. se pueden repetir con un grupo nuevo de participantes, una vez que el primer grupo de participantes haya completado con éxito la intervención). La sostenibilidad depende de la coherencia interna del programa, de la continuidad en la disponibilidad de los recursos necesarios (p. ej. dinero, personal, participantes) (véase el Componente 5.2: *Planificación de las necesidades de financiación*) y del apoyo de los grupos de interés.

Los estándares de este componente instan a los promotores a tener en cuenta cómo se relacionan entre sí las diferentes actividades en cada etapa del proyecto y cómo pueden contribuir a la sostenibilidad del programa. También describen cómo se puede asegurar la sostenibilidad mediante medidas de "anclaje" dentro de los sistemas existentes que desarrollan estrategias para asegurar los recursos necesarios. Es probable que algunos de estos estándares sean más relevantes a un nivel organizativo o estratégico que en el nivel de los propios programas.

Se alienta a los promotores a buscar y solicitar una variedad de formas de financiación. Sin embargo, no siempre será necesario buscar apoyo externo. La financiación puede ya haber sido obtenida independientemente del programa, o la propia naturaleza de la intervención puede no requerir recursos adicionales. Idealmente, los programas pueden ser implementados utilizando o realineando los recursos existentes. Cuando se requieren recursos adicionales, se puede lograr la sostenibilidad asegurando el apoyo externo. Dependiendo de la amplitud del programa, las potenciales fuentes de ingresos pueden variar de fondos gubernamentales a fuentes menos formales, como de la comunidad o de donaciones individuales.

La idea de una recaudación activa de fondos dirigida a una amplia gama de fuentes de financiación, tal como se sugiere en los estándares, puede parecer nueva. Los promotores pueden sentir que sus habilidades u oportunidades para atraer fondos son limitadas. Las formas de obtener financiación pueden ser muy diferentes, pero los fondos de los gobiernos locales o regionales suelen ser la principal fuente de ingresos para los promotores de prevención de drogodependencias. Sin embargo, estos fondos no siempre pueden proporcionar el apoyo a largo plazo que necesitan los programas. También pueden destinarse a ciertas actividades, limitando así a los promotores en lo que pueden hacer. Elegir una estrategia dirigida a conseguir diferentes tipos de financiación gubernamental y no gubernamental, maximiza las posibilidades de implementar y mantener los programas de prevención.

Cuando se solicita financiación, deben considerarse los plazos potencialmente largos entre la presentación de la solicitud de financiación y la recepción de las subvenciones respectivas, en particular con los organismos de financiación más grandes (p. ej. los flujos de efectivo en la financiación de la UE). Si el programa propuesto será evaluado por un organismo de financiación que determinará si el programa debe financiarse, los solicitantes deben tener en cuenta los criterios externos pertinentes (de la organización financiadora).

Sin embargo, es igualmente importante que los organismos financiadores y los comisionados de prevención de las drogodependencias garanticen que se dispone de fondos suficientes para mantener programas prometedores y eficaces (véase el Componente 8.1: *Se determina si el programa debe ser mantenido*).

Se puede encontrar más información sobre cómo asegurar la sostenibilidad de los programas, por ejemplo, en el manual *Guía para implementar programas de formación en habilidades familiares para la prevención del abuso de drogas* (UNODC 2009a, p.47).

Por favor, consulte el glosario para las definiciones de los términos clave utilizados en los estándares.

Aspectos transversales - A: Sostenibilidad y financiación	
Estándares básicos:	
A.1 El programa promueve una visión a largo plazo sobre la prevención de las drogodependencias.	Por ejemplo, trabajar contra los ciclos de "pánico" (urgencia) y/o "indiferencia" hacia las necesidades relacionadas con las drogodependencias, permite una continuidad en la prevención.
A.2 El programa no es una iniciativa fragmentada a corto plazo.	Ejemplos de evidencia: El programa está encajado en un conjunto más amplio de actuaciones dentro de la organización; contribuye directa o indirectamente a una estrategia más amplia.
A.3 El programa es coherente en su lógica y enfoque práctico.	<p>Nota: Para cada fase del proyecto debe evaluarse la coherencia del programa examinando cada elemento de éste en relación con los demás elementos.</p> <p>Propósito: Se persigue demostrar que el programa está bien diseñado, es pertinente y factible en la práctica y asegurarlo a largo plazo.</p> <p>Ejemplos de elementos a considerar: Necesidades de la población diana; metas, fines y objetivos; modelo teórico; base en evidencia; adaptación; métodos y actividades; recursos.</p> <p>Ejemplos de aspectos a considerar: ¿Las actividades son las adecuadas para alcanzar las metas y objetivos? ¿Las actividades se dirigen a los mediadores identificados como relevantes en el modelo teórico? ¿Se han elegido correctamente los métodos para la implementación de las actividades? ¿Son suficientes los recursos para la ejecución del programa?</p> <p>Ejemplos de evidencia: La interrelación lógica entre los elementos del programa se muestra en una presentación lógica del programa; se describen las conexiones entre los elementos del programa.</p> <p>Guía adicional: Se puede encontrar más orientación en el <i>Conjunto de Recursos de Prevención y Evaluación</i> (PERK) (OEDT, 2010).</p>
A.4 Búsqueda de diferentes fuentes de financiación para el programa.	<p>Nota: Incluso si la financiación ya está asegurada por una fuente específica, se debería buscar fondos adicionales que permitieran añadir la implementación de otras actividades, como una diversificación de las intervenciones (p. ej. ofreciendo servicios adicionales) o de las actividades organizativas (p. ej. formación del personal).</p> <p>Ejemplos de diferentes fuentes de financiación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Reasignación de) recursos internos. • Compartir recursos con otros organismos. • Los recursos comunitarios y la administración local. • Becas privadas y donaciones individuales. • Organismos no gubernamentales y privados. • Apoyo del gobierno nacional y de la UE.

Aspectos transversales - A: Sostenibilidad y financiación

Estándares avanzados adicionales:

<p>A.5 Existe por escrito una declaración clara de los factores para asegurar la sostenibilidad del programa después de su finalización.</p>	
<p>A.6 El programa está vinculado con los sistemas existentes reconocidos.</p>	<p>Ejemplo de evidencia: La educación sobre drogas está integrada en las materias escolares existentes.</p>
<p>A.7 Se aumenta de una manera adecuada la conciencia sobre las drogas de los grupos de interés relevantes.</p>	
<p>Objetivo: Obtener apoyo continuo para el programa.</p> <p>Ejemplos de grupos relevantes: Miembros de la comunidad, miembros de las familias, comisionados, miembros del personal, población diana.</p> <p>Ejemplos de evidencia: Organizar un evento de sensibilización, proporcionar a los grupos pertinentes datos precisos sobre las necesidades de la comunidad o de la población destinataria, organizar una obra teatral sobre temas de drogas.</p>	
<p>A.8 Se organizan asociaciones con grupos de la comunidad.</p>	
<p>A.9 La organización ha obtenido y/o está buscando acreditaciones independientes y certificados de calidad.</p>	<p>Ejemplo de certificación: Certificaciones de la Organización Internacional de Normalización (ISO).</p> <p>Ejemplos de premios: Premio Europeo de Prevención de la Droga (Grupo Pompidou del Consejo Europeo), Premio Mentor (Fundación Mentor).</p> <p>Ejemplo de evidencia: Se enumeran las acreditaciones y los certificados de calidad de la organización.</p>
<p>A.10 Existe una estrategia para la financiación a largo plazo, en la que se recoge cómo atraer recursos.</p>	
<p>A.11 La estrategia:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Especifica qué persona o equipo realizará la identificación activa y atraerá a las fuentes de financiación. 	<p>Ejemplo de evidencia: Se designa un gerente para la recaudación de fondos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Identifica todas las posibles fuentes de financiación, así como otras organizaciones interesadas en apoyar el programa. 	<p>Nota: La financiación proveniente de fuentes que no son específicas de las drogodependencias, puede ser atraída mostrando una visión integral de la prevención de las drogodependencias (UNODC, 2004); las fuentes de financiación oportunas pueden centrarse en, por ejemplo: reducir el VIH/SIDA, reducir la delincuencia, mejorar el bienestar de los jóvenes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Considera los criterios específicos para la recepción de fondos. 	<p>Ejemplos de recursos: Estudiar las líneas de subvenciones, consultar con el técnico del proyecto del organismo que financia, consultar los programas previamente financiados, conocer la línea estratégica del organismo financiador (UNODC, 2004).</p>

Aspectos transversales - A: Sostenibilidad y financiación

Estándares avanzados adicionales (cont.):

A.12 Se considera si el programa requiere una adaptación para ajustarse a los criterios de financiación; y como consecuencia, el programa se adapta si es necesario.	Nota: Cuando se adapta un programa para ajustarse a los criterios de financiación, no deben anularse las necesidades de la población destinataria ni las bases teóricas de la intervención (es decir, el modelo teórico).
A.13 La descripción del programa coincide con los requisitos del organismo que financia.	Es decir, cumple con los requisitos administrativos previos. Ejemplo de evidencia: Es presentado en el formato requerido.
A.14 Las reglas para la aceptación de donaciones están definidas.	Ejemplos de donaciones relevantes: Donaciones hechas por empresas y otras entidades privadas.

B: Comunicación y participación de los grupos de interés para el programa

En cualquier programa de prevención de drogodependencias hay individuos, grupos y organizaciones que tienen interés en sus actividades y resultados, y/o que se ven directa o indirectamente afectados por ella. Los promotores deben identificar estos grupos de interés, evaluar su relación con el programa y decidir cómo y en qué etapas del proyecto deben participar para lograr el éxito en la implementación del programa. Los estándares en este componente describen algunos aspectos clave de la comunicación con los grupos de interés y de su participación en el programa. Sin embargo, la naturaleza precisa y el nivel de participación dependerán de las circunstancias particulares del programa.

Involucrar a las partes interesadas, como la población diana, la comunidad o los medios de comunicación, puede ser un reto. Puede requerir recursos adicionales y puede ralentizar el proceso. Los promotores también pueden encontrar que las partes interesadas inicialmente no pretendan contribuir o apoyar el programa (véase el Componente 2.1: *Evaluación de los recursos de la población diana y de la comunidad*). Los estándares, en este componente, exhortan a los promotores a tener en cuenta, al diseñar el programa, las necesidades de participación de las partes interesadas. Al involucrar a la población diana en la formulación del programa, éste será más relevante para los participantes y, en consecuencia, tendrá más probabilidades de alcanzar sus metas y objetivos. Proporcionar feedback a los participantes, por ejemplo comunicando la evaluación de los resultados, es parte de los principios éticos de la prevención de las drogodependencias (ver D: *Aspectos éticos de la prevención de las drogodependencias*). El apoyo de la comunidad y de los medios de comunicación puede garantizar la sostenibilidad a largo plazo (véase A: *Sostenibilidad y financiación*).

Los expertos consultados, que emitieron información sobre el desarrollo de estos estándares, indicaron que los distintos promotores de acciones de prevención de drogodependencias deberían colaborar más y que el nivel de intercambio entre grupos profesionales debería incrementarse (p. ej. entre investigadores y profesionales). La comunicación es importante para coordinar los esfuerzos y los recursos, compartir las lecciones aprendidas y promover enfoques basados en la evidencia. Puede ser difícil involucrar a otras organizaciones, por lo que los estándares presentan diferentes niveles de participación, desde la mera conciencia de su existencia (p. ej. para referencia de los participantes) hasta la colaboración formal (p. ej. realizar el presupuesto en conjunto). A veces es más fácil colaborar a nivel individual que a nivel institucional, aunque los promotores deben tratar de establecer una relación formal si esto es necesario. Los equipos locales o regionales de planificación de la prevención de las drogodependencias pueden proporcionar información sobre los grupos de interés relevantes en la zona y facilitar su colaboración.

La participación de las organizaciones beneficiarias, los comisionados y las entidades financiadoras, es a menudo un requisito cuando se realizan trabajos de prevención de drogodependencias. En cada etapa del proyecto es importante tener en cuenta cómo los intereses de estas organizaciones se relacionan con las necesidades de la población diana y los participantes. Los comisionados y las entidades financiadoras deben reconocer la necesidad de flexibilidad (p. ej. las ofertas pueden necesitar ser revisadas después de la evaluación de las necesidades, la implementación puede diferir del plan original para acomodarse mejor a las necesidades de los participantes). Algunos parámetros, como en qué grado la flexibilidad es posible sin pedir una aprobación formal, deben negociarse como parte de la concesión o acuerdo de servicio. Sin embargo, la comunicación bidireccional continua durante la implementación, asegura que el programa sea relevante tanto para los participantes como para aquellos que lo encargaron o apoyaron.

Por último, la comunicación entre los miembros que trabajan en el programa, es importante para establecer un entendimiento común de la prevención de las drogodependencias en general y del programa en particular. En equipos multidisciplinares, las diferencias en los antecedentes profesionales, pueden dificultar mantener la dirección en los resultados deseados (p. ej. debido a diferentes definiciones del problema). Esto pone de manifiesto la necesidad de un lenguaje profesional y una estrategia común de comunicación (véase el Componente 5.1: *Planificación del programa - Ilustración de la planificación del proyecto*). Durante la implementación, un oportuno feedback, ayuda a identificar las modificaciones que son necesarias y, en consecuencia, a ajustar la intervención (ver Etapa 6 del Proyecto: *Implementación y monitorización*).

Se puede encontrar más información sobre la participación de las partes interesadas en el Manual *Caja de herramientas para una vida nocturna saludable (Healthy Nightlife Toolbox, Trimboos-institut, 2010)*.

Aspectos transversales - B: Comunicación y participación de los grupos de interés

Estándares básicos:

<p>B.1 Se considera la naturaleza multiservicio de la prevención de las drogodependencias.</p>	<p>Es decir, se reconoce que muchas organizaciones y estructuras diferentes contribuyen a la prevención de las drogodependencias: Hay múltiples promotores, múltiples impulsores de políticas, contribuciones de múltiples disciplinas, etc.</p>
<p>B.2 Se considera que las diferentes partes interesadas pueden tener diferentes definiciones de los problemas.</p>	<p>Nota: Esto también podría referirse a diferentes miembros del personal dentro del equipo.</p> <p>Ejemplo a considerar: ¿Cuál es el objetivo común hacia el que todos los interesados pueden dirigir su trabajo? Las partes interesadas pueden trabajar hacia un objetivo común, incluso si tienen diferentes razones para perseguirlo y/o elegir diferentes caminos para lograrlo.</p>
<p>B.3 Se identifican los grupos de interés que son relevantes para el programa.</p>	<p>Nota: Los grupos interesados pueden participar en varias etapas del proyecto, por ejemplo, para consultar sobre el desarrollo del programa o para colaborar durante la implementación. Los miembros del personal también son partes interesadas, pero se tratan en el Componente C: <i>Capacitación del personal</i>, y en el 5.3: <i>Constitución del equipo</i>.</p>
<p>B.4 Se definen los términos de referencia para facilitar la participación de los grupos de interés y se toman las medidas apropiadas para que la ejecución del programa tenga éxito.</p>	
	<p>Ejemplos de aspectos a tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué grupos involucrar? ¿de qué forma? por ejemplo para consulta, como colaborador. • ¿En qué etapa del proyecto?, por ejemplo, en el proceso de recogida de datos durante la evaluación de necesidades, en la formulación del programa, en la implementación, etc., o de forma continua. <p>Ejemplos de evidencia: Se han identificado los contactos relevantes; se ha iniciado la coordinación y la cooperación; se han puesto por escrito los términos de referencia.</p>
<p>B.5 La población diana es considerada como una parte interesada en el programa.</p>	<p>Nota: Los participantes se extraerán del grupo que representa a la población diana. También es necesario considerar a los tutores de los participantes (por ej., a los padres de menores).</p>

Aspectos transversales - B: Comunicación y participación de los grupos de interés

Estándares básicos (cont.):

B.6 La organización coopera con otras entidades e instituciones:

Ejemplos de organismos e instituciones: Entidades y administraciones locales, organismos gubernamentales, organizaciones activas en la educación para la salud y promoción de los jóvenes, equipos regionales de prevención de drogodependencias, servicios de salud y juventud, escuelas, policía, asociaciones de vecinos, ONG.

Ejemplos de evidencia: En el programa se enumeran las asociaciones y colaboraciones.

<ul style="list-style-type: none"> • Se evalúa si existen en el área organismos e instituciones relevantes. 	<p>Nota: Esta información puede fácilmente estar disponible para los equipos locales o regionales de planificación de la prevención.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros del personal tienen información sobre el trabajo de otras entidades y la usan para dirigirse a ellas según sea necesario. 	<p>Ejemplo de evidencia: Los miembros del personal conocen los servicios relacionados en la zona; los miembros del personal dispondrán de información escrita sobre las vías para dirigirse a ellas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • El equipo se comunica con otras entidades. 	<p>Es decir, comparte su experiencia y toma información de los otros.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • El equipo coordina sus esfuerzos con otros actores relevantes del área. 	<p>Propósito: Para garantizar que el programa no duplique innecesariamente los esfuerzos existentes, a menos que ofrezca la posibilidad de elegir entre los servicios.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • El equipo colabora con otras agencias. 	<p>Propósito: Para apoyar o complementar los esfuerzos.</p> <p>Ejemplos: Una acción conjunta, hacer un presupuesto conjunto, distribución de recursos.</p> <p>Ejemplos de evidencia: El equipo invita a otras entidades a las reuniones del programa; el equipo pide a otras entidades que participen en el programa.</p>
<p>B.7 Dentro del equipo existen mecanismos para la comunicación y el intercambio regular.</p>	<p>Es decir, existe una coordinación interna entre el personal de todos los niveles profesionales.</p> <p>Propósito: Para evaluar el progreso y la calidad del programa, por ejemplo, discutiendo los resultados del seguimiento continuo.</p> <p>Ejemplos de mecanismos de comunicación: Reuniones, herramientas para notificación, discusiones.</p>

<i>Aspectos transversales - B: Comunicación y participación de los grupos de interés</i>	
Estándares básicos adicionales si el programa se implementa para una organización receptora:	
B.8 La organización receptora es considerada como una parte interesada en el programa.	Ejemplos de organización receptora: Escuelas, centros comunitarios.
B.9 Se evalúan las necesidades de la organización receptora para poder determinar si el programa es adecuado.	
B.10 La información proporcionada a la organización receptora sobre el programa es comprensible y le permite tomar una decisión informada.	Ver también el Componente 5.6: <i>Aportación de una descripción del programa.</i>

<i>Aspectos transversales - B: Comunicación y participación de los grupos de interés</i>	
Estándares avanzados adicionales:	
B.11 Los grupos de interés a considerar incluyen:	
<ul style="list-style-type: none"> Miembros de la comunidad. 	<p>Estándar básico si el programa requiere participación de la comunidad.</p> <p>Ejemplos de miembros relevantes de la comunidad: "líderes" de la comunidad, propietarios de tiendas, residentes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Representantes de otras organizaciones. 	Ejemplos de otras organizaciones: Promotores de actividades preventivas, servicios sociales, fuerzas de seguridad, funcionarios de salud pública, personal de emergencia de hospitales locales, educadores.
<ul style="list-style-type: none"> El organismo de financiación. 	Estándar básico si se recibe financiación de un organismo externo.
<ul style="list-style-type: none"> Los medios de comunicación (locales). 	
<ul style="list-style-type: none"> Cualquier otro grupo interesada. 	Ejemplos de otras partes interesadas: Gobierno, investigadores de universidades.
B.12 Se consideran las condiciones que rigen el trabajo de las partes interesadas.	Ejemplo de condiciones: Directrices obligatorias.
B.13 Se involucra como socio a la población diana en todas las etapas del desarrollo del programa.	
B.14 Se involucra a la comunidad relevante para la población diana:	
<ul style="list-style-type: none"> El programa promueve la comunicación abierta y el diálogo con el público en general. 	
<ul style="list-style-type: none"> Se anima a la comunidad a participar en el programa, cuando sea apropiado. 	
<ul style="list-style-type: none"> Se establecen vínculos con miembros relevantes de la comunidad. 	Ejemplo de miembros relevantes de la comunidad: "Líderes" de la comunidad.
B.15 Se establece un acuerdo o contrato escrito de servicio entre la entidad promotora y la entidad receptora.	
B.16 Se obtiene el apoyo y los acuerdos necesarios de otras organizaciones e instituciones para colaborar.	<p>Estándar básico cuando estos apoyos son imprescindibles para lograr la implementación de la intervención.</p> <p>Ejemplos de "colaboradores": El director de la escuela, los maestros, el personal administrativo.</p> <p>Ejemplo de evidencia: Se obtiene una carta formal de participación y colaboración.</p>

Aspectos transversales - B: Comunicación y participación de los grupos de interés

Estándares avanzados adicionales (cont.):

<p>B.17 La organización está representada en las redes existentes o en los organismos de coordinación, o establece nuevas redes.</p>	<p>Ejemplo de órgano coordinador: Equipos locales o regionales de coordinación de la prevención de las drogodependencias, comités de prevención, grupos de expertos.</p>
<p>B.18 Los medios de comunicación (locales) están involucrados en el programa, cuando proceda:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Se pide a los medios de comunicación que promuevan el programa entre la población destinataria o que apoyen sus objetivos. 	<p>Ejemplos de participación de los medios de comunicación: Los medios de comunicación publicitan el programa, promueven valores de prevención de las drogodependencias.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Se pide a los medios de comunicación que promuevan el programa entre posibles donantes o financiadores. 	<p>Ejemplo de participación de los medios de comunicación: Informe de los medios sobre los éxitos del programa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Se pide y habilita a los medios para ayudar a cambiar las actitudes negativas hacia la población destinataria, cuando sea apropiado. 	<p>Ejemplo de participación de los medios: Los medios evitan etiquetar a la población diana. Recursos adicionales: Ver la sección <i>Guía adicional</i>, sección para los medios de comunicación.</p>
<p>B.19 Se respetan las obligaciones con el organismo que financia.</p>	<p>Estándar básico si la financiación ha sido proporcionada por un organismo externo.</p>
<p>B.20 Existen mecanismos para la comunicación y un intercambio regular:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Entre las diversas agencias involucradas en el programa. 	<p>Estándar básico si varias agencias están involucradas en el programa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Entre los miembros del personal y los destinatarios. 	
<p>B.21 Se comunican actualizaciones sobre el progreso del programa:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • A todas las personas involucradas o interesadas en el programa. 	<p>Es decir, a todos los grupos de interés identificados como relevantes, incluidos los miembros del equipo y la máxima dirección de la organización. Nota: El acuerdo de financiación puede incluir los requisitos específicos de actualización (p. ej. la frecuencia y el formato para presentar las actualizaciones).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Con regularidad. 	
<ul style="list-style-type: none"> • En un formato fácil de usar que sea adecuado para el público al que se le destina. 	

C: Capacitación del personal

Los miembros del personal son un recurso clave de los programas de prevención de drogodependencias. Sin embargo, deben tener un conjunto adecuado de conocimientos, habilidades y comportamientos para que el programa sea implementado adecuadamente. Las competencias se pueden distinguir en cuatro grandes categorías: competencias básicas para la intervención (p. ej. que conozcan enfoques efectivos de prevención de drogodependencias); competencias específicas para la intervención (p. ej. que tengan conocimientos y habilidades específicos para la intervención); competencias generales (p. ej. que tengan habilidades sociales genéricas, que sepan sobre gestión de proyectos); y meta-competencias que permiten a los miembros del personal responder a las necesidades individuales de los participantes (p. ej. que posean sensibilidad cultural) (adaptado de Pilling et al., 2010). Con el empleo de los estándares, se podrán tener en cuenta las diferentes oportunidades y exigencias de desarrollo del personal durante todo el ciclo del proyecto.

A veces se espera que los miembros del personal traigan toda la capacitación y cualificaciones necesarias con ellos cuando se unan a una organización, y por lo tanto no siempre se proporciona formación al personal. Sin embargo, es responsabilidad de los promotores asegurar que las competencias de los miembros del personal coinciden con las exigidas para desarrollar el programa y reducir la probabilidad de que los miembros del personal (inadvertidamente) lleven a cabo intervenciones que sean ineficaces o tengan efectos iatrogénicos. Los promotores deben considerar cuales son las competencias necesarias para una implementación adecuada y realizar un análisis de las necesidades de formación de los miembros del personal (incluidos los voluntarios). El análisis puede demostrar que los miembros del personal ya tienen todas las competencias requeridas, pero cuando se identifican lagunas, se debe impartir la formación a medida que sea necesaria. Los estándares describen el contenido de la formación, así como las competencias que los miembros del personal deben cumplir.

Si bien es importante que el personal tenga las capacidades necesarias para asegurar que el programa se implementa con una alta calidad, los estándares también resaltan la necesidad de incrementar la formación del personal. Es probable que estos estándares sean más relevantes en un nivel organizativo o estratégico que en el nivel de los programas particulares. El desarrollo del personal, más allá de las necesidades inmediatas del programa, también es un medio para recompensar y retener al personal y para asegurar que sus conocimientos y habilidades en el campo, estén al día en los desarrollos actuales. Unas directrices nuevas, emitidas por el gobierno u otros órganos, también pueden introducir como requisito el entrenamiento de habilidades adicionales. El desarrollo profesional regular y las evaluaciones de la actividad realizada, brindan a los miembros del personal la oportunidad de discutir planes de formación profesional y necesidades de desarrollo.

La formación y el desarrollo del personal pueden ofrecerse "en el trabajo" (p. ej. por miembros especializados del equipo), organizando cursos internos o alentando y apoyando a los miembros del personal a aprovechar oportunidades externas (p. ej. eventos de capacitación a nivel nacional, conferencias y educación superior). Algunas organizaciones pueden ser reacias a apoyar que los miembros del personal participen en programas de formación externa, sobre todo si la asistencia a los mismos no es esencial para el programa en cuestión. Sin embargo, los eventos externos pueden ser particularmente útiles para compartir experiencias de buenas prácticas y establecer vínculos con otras organizaciones (ver apartado B: *Comunicación y participación de los grupos de interés*). Una barrera común que dificulta la formación y el desarrollo del personal, en cualquiera de sus formas, es la percepción de falta de financiación para tales fines. Los comisionados y organizaciones

financiadoras deben ser conscientes de los beneficios de un mayor desarrollo del personal y garantizar que haya fondos suficientes disponibles. En una situación ideal, deberían proporcionar o al menos facilitar actividades de formación y trabajo en red a nivel regional o nacional.

El tercer pilar dentro de este componente es el apoyo profesional y emocional para los miembros del personal durante la implementación (particularmente para aquellos que están en contacto directo con la población diana). Este apoyo proporciona una oportunidad para que los miembros del personal reflexionen sobre sus experiencias en la implementación y desarrollen sus habilidades en el trabajo, mientras que los promotores se benefician al identificar y poder satisfacer las necesidades del personal, así como las necesidades del programa (ver Componente 6.3: *Monitorización de la implementación*). El nivel de apoyo que reciben los miembros del personal, a menudo, depende de los estilos de trabajo individuales de los responsables y de los niveles de compromiso personal. El cumplimiento de los estándares, garantizará un nivel mínimo de apoyo durante la ejecución. Siempre que sea posible, la forma adecuada de apoyo debe determinarse conjuntamente con los miembros del personal (p. ej. si los miembros del personal prefieren las sesiones individuales o las discusiones en grupo).

Se puede encontrar más información en la sección sobre cómo seleccionar, capacitar y apoyar a los miembros del personal de la *Guía adicional*.

Nota: El Componente 5.3 contiene estándares sobre la selección de los miembros del personal.

Aspectos transversales - C: Capacitación del personal

Estándares básicos:

C.1 Se especifica qué competencias se requieren para el éxito de la implementación del programa.

C.2 Las competencias a considerar incluyen:

- Competencias básicas para la intervención.

Es decir, conocimientos generales y habilidades relacionados con la prevención efectiva de drogodependencias.

Ejemplos de competencias: Conocimientos teóricos y prácticos sobre el consumo de drogas y respuestas eficaces a su consumo (p. ej. conocimientos sobre las drogas y sus efectos, antecedentes del uso de drogas, factores de riesgo y de protección, problemas relacionados con el alcohol y otras drogas, educación sobre drogas basada en la evidencia de efectividad, evidencia de la investigación y evaluaciones previas sobre prevención, tratamiento, cuidado y apoyo, servicios locales en materia de drogas y su situación, estrategia nacional sobre drogas y su práctica, cómo reducir los impactos negativos de las intervenciones), actuar como modelo a seguir (p. ej. los trabajadores de prevención de las drogodependencias no consumen drogas), la consideración de las propias experiencias y actitudes hacia el consumo de drogas, tener la mente abierta hacia las opiniones de los participantes.

- Competencias específicas para la intervención.

Es decir, tener conocimientos específicos y habilidades relevantes para la intervención.

Ejemplos de competencias: Conocimiento de los fines, metas y objetivos del programa; se identifican con los objetivos, fundamentos y valores esenciales del programa; conocimiento del plan del proyecto, del tipo de intervención y del contenido, del modelo teórico, de los beneficios para los participantes, de los grupos de interés; de cuáles son los servicios para la derivación de los destinatarios, acerca de la población diana (p. ej. cómo perciben y qué experiencias tienen sobre consumos de drogas las poblaciones destinatarias).

- Competencias generales.

Ejemplos de competencias: Conocimiento centrado en el destinatario, manejo de métodos interactivos, tener enfoques “holísticos”, interactuar con los participantes sin prejuicios hacia ellos; tener habilidades de liderazgo, sentirse cómodos compartiendo liderazgo; tener habilidades para el trabajo en red, para la comunicación, la toma de decisiones, resolución de problemas, resolución de conflictos, pensamiento creativo; poder gestionar proyectos (p. ej. saber realizar tareas administrativas, planificación a corto y largo plazo); habilidades metodológicas (p. ej. conocimientos sobre monitorización y evaluación, saber de la importancia de la fidelidad al programa, sentirse responsable por la calidad de la implementación), tener confianza, motivación, compromiso con el programa.

- Meta-competencias.

Es decir, competencias que permiten a los miembros del personal responder a las necesidades individuales de los participantes.

Ejemplos de competencias: Sensibilidad cultural (p. ej., el reconocimiento de las diferencias culturales), el respeto de las necesidades culturalmente definidas, ser conscientes de los diferentes tipos de «cultura» (p. ej. la cultura de la pobreza, la exclusión, el consumo de drogas), el reconocimiento de múltiples identidades; ética, (p. ej., los derechos de los participantes); satisfacción de sus necesidades; cómo lidiar con situaciones delicadas (p. ej., tener empatía).

<i>Aspectos transversales - C: Capacitación del personal</i> Estándares básicos (cont.):	
C.3 Se realiza un análisis de las necesidades de capacitación con los miembros del personal que están en contacto directo con la población diana.	Es decir, su nivel de habilidad se evalúa para identificar la formación necesaria. Nota: Esto puede realizarse de forma periódica, en lugar de para cada intervención.
C.4 Los miembros del personal son preparados antes de la implementación del programa, de acuerdo con los resultados del análisis de las necesidades de capacitación.	Nota: El análisis de las necesidades de capacitación podría concluir que no hay necesidad de capacitación, en cuyo caso no se requiere formación.
C.5 La capacitación es de alta calidad. Esto incluye:	
<ul style="list-style-type: none"> • La formación es adecuada para el personal. 	Ejemplos: La formación es culturalmente sensible, tiene en cuenta las necesidades y preferencias de los miembros del personal.
<ul style="list-style-type: none"> • La capacitación incluye métodos participativos. 	Es decir, en vez de formato de conferencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Los formadores están debidamente cualificados. 	Nota: Cuando los formadores no estén debidamente cualificados, deben al menos tener una experiencia previa suficiente.
<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros del personal tienen claros los objetivos de la formación. 	
C.6 Los resultados de la formación son evaluados.	Propósito: Evaluar si se han cubierto las necesidades de formación del personal, y si se requiere capacitación adicional.
C.7 Antes de la implementación del programa, se asegura que las competencias del personal coincidan con las competencias requeridas para su implementación.	Es decir, coinciden con las cuatro categorías de competencias descritas anteriormente.
C.8 Los miembros del personal reciben apoyo durante la implementación.	
C.9 Apoyo para los miembros del personal durante la implementación:	
<ul style="list-style-type: none"> • Se transmite de manera profesional y apropiada. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Tiene lugar de manera regular y continua, en función del nivel de necesidad y participación de los miembros del personal en el programa. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Es igual de accesible para todos los miembros del personal. 	Es decir, incluyendo a voluntarios, personal a tiempo parcial, etc.

Aspectos transversales - C: Capacitación del personal
Estándares básicos adicionales, si existe un plan para la capacitación del personal:

C.10 El plan para el desarrollo del personal:	
<ul style="list-style-type: none"> Está alineado con las regulaciones y recomendaciones profesionales para la educación continua. 	
<ul style="list-style-type: none"> Le da a los miembros del personal la posibilidad de discutir regularmente con su responsable, su carrera profesional y las oportunidades de formación continuada. 	<p>Propósito: Establecer metas de desarrollo, identificar las necesidades de formación.</p> <p>Ejemplo de evidencia: Evaluaciones regulares de la práctica.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Garantiza la igualdad de acceso a la educación complementaria. 	
<ul style="list-style-type: none"> Se revisa regularmente. 	

Aspectos transversales - C: Capacitación del personal
Estándares avanzados adicionales:

C.11 Se consideran las necesidades de formación de aquellos que no tienen contacto directo con la población objetivo pero que están en una posición de influencia.	<p>Ejemplos de personal: Los que contratan al personal, la dirección, comisionados.</p> <p>Ejemplo de evidencia: Se les pide que asistan a una sesión introductoria sobre el programa.</p>
C.12 Existe un procedimiento definido para la formación del personal.	
C.13 La formación está acreditada a nivel nacional.	
C.14 La formación es evaluada.	Ejemplos de aspectos a considerar: Número de miembros del personal que asisten, satisfacción del personal, resultados del aprendizaje.
C.15 Existe un plan de desarrollo del personal y se cumple.	
C.16 El plan de desarrollo del personal:	
<ul style="list-style-type: none"> Describe los objetivos profesionales y las rutas para las mejoras del personal. 	
<ul style="list-style-type: none"> Anima u obliga a los miembros del personal a involucrarse en una mayor capacitación y formación. 	Ejemplo de formación continua: Sobre modelos de drogodependencias, evolución en el ámbito de la prevención de las drogodependencias.
<ul style="list-style-type: none"> Se ve como un medio para recompensar y retener a los miembros del personal. 	Es decir, como una oportunidad para mejorar la cualificación profesional y un medio para reconocer el valor del personal.
C.17 Los fondos para la capacitación del personal y su ulterior desarrollo son suficientes.	
C.18 El apoyo a los miembros del personal durante la implementación incluye:	
<ul style="list-style-type: none"> Apoyo emocional. 	Ejemplo de apoyo emocional: Posibilidad de que los miembros del personal hablen de sus experiencias (estresantes) en una conversación semi-estructurada ("dando parte").
<ul style="list-style-type: none"> Supervisión externa. 	Ejemplos de contenido: Verificar los conocimientos y actitudes de los miembros del personal, el funcionamiento del equipo.
<ul style="list-style-type: none"> Apoyo estructurado entre colegas. 	Ejemplo de método: Un miembro del personal presenta un problema y otros miembros del personal ayudan a resolver el problema en una discusión estructurada.
<ul style="list-style-type: none"> Apoyo en el trabajo. 	Ejemplo: Tutoría de compañeros.

D: Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias

Si bien es relativamente común discutir la ética del tratamiento, de la reducción de daños y de la investigación en drogas, es menos común examinar la ética de la prevención de las drogodependencias. Las actividades de prevención de drogodependencias pueden no requerir intervención física o clínica, pero sin embargo representan una forma de intervención en la vida de las personas. Todos los programas de prevención de las drogodependencias se basan en juicios sobre lo que es "bueno" o "malo" para los participantes (expresado, por ejemplo, en los objetivos del programa). Las intervenciones de prevención de drogodependencias también pueden ser introducidas como resultado de las percepciones de la sociedad de un comportamiento particular, que pueden no ser compartidas por la población diana. Además, la prevención suele dirigirse a los jóvenes y, en el caso de una prevención selectiva, estos jóvenes pueden encontrarse entre los más vulnerables de la sociedad.

Las cuestiones éticas surgen por lo tanto en una variedad de niveles, partiendo de la justificación del trabajo de prevención de drogodependencias en sí. Los profesionales no deben asumir que las actividades de prevención de las drogodependencias son por definición éticas y beneficiosas para los participantes. Los principios éticos de la prevención de las drogodependencias en los estándares son:

- Cumplir con los requisitos legales.
- Respetar los derechos y la autonomía de los participantes (por ejemplo, tal como se define en el marco de los derechos humanos y de los derechos del niño - véase esta sección en la *Guía adicional*).
- Que proporcione beneficios reales para los participantes (es decir, asegurar que el programa es adecuado y útil para los participantes) (ver Componente 1.3: *Descripción de la necesidad – Justificación de la intervención*).
- No causar daño o inconvenientes sustanciales a los participantes (p. ej. efectos iatrogénicos, lesión, exclusión, estigma).
- Proporcionar información transparente, veraz y completa (véanse los Componentes 5.4: *Captación y retención de los participantes* y 5.6: *Aportación de una descripción del programa*).
- Obtener el consentimiento de los participantes antes de la participación.
- Asegurar que la participación sea voluntaria.
- Tratar confidencialmente los datos de los participantes.
- Adaptar la intervención a las necesidades de los participantes (ver Componentes 4.3: *Adaptación de la intervención a la población diana* y 6.4: *Adaptación de la implementación*).
- Involucrar a los participantes como socios en el desarrollo, la implementación y la evaluación del programa (véase B: *Comunicación y participación de los grupos de interés para el programa*).
- Proteger la salud y la seguridad de los destinatarios y miembros del personal.

Dependiendo del tipo de programa, puede ser complicado o no factible adherirse a todos los principios éticos de la prevención de las drogodependencias. Obtener el consentimiento informado y asegurar la participación voluntaria, puede ser un desafío en los programas universales de prevención o, por ejemplo, en la prevención dentro de las intervenciones de justicia penal, donde los participantes pueden estar legalmente obligados a participar en dichos programas. En relación con el principio de no causar daños, cabe señalar que las intervenciones de prevención selectiva pueden estigmatizar a los participantes (OEDT, 2009, p.48). Diferentes principios pueden estar en

conflicto entre sí. Por ejemplo, los participantes pueden querer realizar conductas que les causen daños (p. ej. el consumo de drogas), o, cuando se les involucra como socios en el desarrollo del programa, los destinatarios pueden solicitar enfoques de intervención que hayan demostrado ser potencialmente iatrogénicos (p. ej. hablar con ex-drogadictos, o con un compañero que consuma).

También puede ser difícil juzgar la ética de un programa antes de que este se haya implementado (p. ej. previsión de beneficios y perjuicios). Finalmente, todos los principios están, hasta cierto punto, sujetos a interpretación (p. ej. ¿qué constituye un beneficio?). Los estándares proporcionan un incentivo para que los promotores hablen y reflexionen sobre los valores y principios subyacentes de sus programas.

El enfoque ético debe ser claramente evidente en cada etapa del proyecto. Los promotores deben considerar lo que es posible dentro del programa (p. ej. si el consentimiento informado no es posible, obtener un consentimiento verbal puede serlo) y prestar especial atención a cualquier problema específico que pueda surgir del programa. También deberían tener en cuenta que las diferentes partes interesadas (p. ej. los miembros del personal, los destinatarios participantes, la población general, el gobierno) pueden tener diferentes puntos de vista acerca de lo que es “ético”. Aun así, los destinatarios participantes, siempre deberían estar en el foco de atención.

Aspectos transversales - D: Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias

Estándares básicos:

D.1 El conocimiento general de la política y legislación es suficiente para la implementación del programa.

P. ej. Los miembros del personal y los destinatarios conocen los reglamentos generales vinculantes, su responsabilidad legal, y las normas y procedimientos internos.

Nota: Depende del programa en particular determinar qué políticas y partes de la legislación son más importantes; se pueden encontrar otras consideraciones en el Componente 1.1: *Conocimientos sobre las políticas y la legislación sobre drogodependencias*.

Ejemplos de políticas y legislación: Política de igualdad de oportunidades, política de confidencialidad, política de protección de menores, política de salud y seguridad, leyes sobre residuos y protección del entorno.

D.2 Hay un código ético definido.

D.3 Los derechos de los participantes están protegidos:

- El programa respeta y promueve los derechos humanos y otros derechos básicos de los participantes y miembros de su red social.

Ejemplos de derechos: Derecho a la información útil para uno mismo, derecho a la igualdad y a la no discriminación.

Ejemplo de miembros de su red social: Amigos, familiares.

- Se identifican aquellas situaciones potenciales en las que los derechos de los participantes pudiesen ser violados, y también se especifica las maneras de solucionarlo.

- Se establecen normas para mantener los derechos de los participantes.

Propósito: Por ejemplo, para prevenir el abuso de poder por parte de los miembros del personal o de la organización, debido a su estatus, en relación con los participantes.

Nota: Esto podría ser parte de una estrategia más amplia (p. ej., una política más amplia para prevenir el consumo de drogas en el ámbito escolar) o específica para una intervención en particular.

Aspectos transversales - D: Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias Estándares básicos (cont.):	
D.4 Las obligaciones del personal incluyen:	
<ul style="list-style-type: none"> • Adherencia del personal al código ético. • Se actúa ateniéndose a las recomendaciones sobre conducta profesional o ética. 	Nota: En concreto, cuando aparecen o se demuestran casos de discriminación o abuso.
D.5 La violación por parte del personal de los derechos de los destinatarios participantes, y las medidas tomadas en respuesta, son documentadas en los archivos del personal.	
D.6 El programa tiene beneficios claros para los participantes.	P. ej.: No es una actividad o política de autoreferencia o autopromoción, en beneficio de la organización promotora o patrocinadora. Nota: Los beneficios del programa pueden ser para miembros individuales de la población diana o para la población diana como colectivo (según corresponda). Los beneficios no necesitan relacionarse directamente con el consumo de drogas, ya que también pueden incluir cuestiones de bienestar general y de salud.
D.7 Los riesgos y las desventajas potenciales para la población diana y para los posibles participantes son perfilados y tenidos en cuenta.	Nota: Se deberían prever las características y la probabilidad de las desventajas y daños y, en consecuencia, tomar medidas para su reducción y control; si los riesgos son demasiado altos o las desventajas demasiado severas, la intervención debería ser desestimada o modificada de manera apropiada. Ejemplos de desventajas: Efectos iatrogénicos, costes de oportunidad, enfermedad o lesión, exclusión, estigmatización, restricción de actividades de ocio. Ejemplos de situaciones a considerar: Actividades al aire libre, violencia entre los participantes.
D.8 Los valores y principios que subyacen al programa están claros.	P. ej.: Los valores y principios están claros para todas las partes interesadas, particularmente para los participantes. Ejemplos de evidencia: La visión de la organización acerca del consumo de drogas y que los derechos de los usuarios sean enunciados en la descripción del programa.
D.9 Las “reglas” del programa están claras para los participantes.	
D.10 Los datos de los destinatarios se tratan de manera confidencial. Esto incluye:	
<ul style="list-style-type: none"> • Se han establecido protocolos y procedimientos claros de confidencialidad y divulgación. 	Nota: Esto puede ser parte de una estrategia más amplia (p. ej. la visión de los centros escolares acerca del consumo de drogas) o específico de una intervención concreta.
<ul style="list-style-type: none"> • La confidencialidad de los participantes está asegurada en la recogida y manejo de sus datos. 	

Aspectos transversales - D: Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias
Estándares básicos (cont.):

<p>D.11 El programa refleja sensibilidad cultural.</p>	<p>P. ej.: El programa demuestra conocimiento de los valores de los participantes y respeto por sus puntos de vista sobre la intervención y el personal.</p> <p>Ejemplos de aspectos a considerar: La importancia de los “líderes” y responsables de la comunidad, aspectos culturales de la interacción entre el personal y los participantes (p. ej. qué género, edad o etnia son aceptables para la población diana).</p>
<p>D.12 Se garantiza la seguridad de los miembros del personal y de los participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se definen unas normas de seguridad mínimas. 	<p>Ejemplo de evidencia: Los miembros del personal y los participantes consideran que las instalaciones son seguras.</p> <p>Es decir, los requisitos de salud y seguridad se tienen en cuenta y se cumplen.</p> <p>Ejemplos: Nivel apropiado de limpieza y desinfección para evitar el contagio de enfermedades infecciosas; se tienen en consideración las leyes sobre seguridad alimentaria en los casos en que los participantes quieran cocinar o traer comidas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Existen por escrito las medidas y reglas internas para la protección del personal, y son conocidas y respetadas. 	<p>Ejemplos de aspectos a tener en cuenta: Condiciones de trabajo adecuadas, seguros de responsabilidad civil para los voluntarios.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Se definen los accidentes, emergencias, e incidentes extraordinarios, y los procedimientos para tratarlos están escritos y son conocidos por los miembros del personal. 	<p>Ejemplo de evidencia: Definidos en el código de la organización y manuales operativos.</p>
<p>D.13 Los participantes cuyas necesidades relacionadas con el consumo de drogas no puedan ser atendidas con el programa de prevención, serán derivados a servicios especializados.</p>	
<p>D.14 Aquellos participantes que tienen necesidades adicionales relacionadas con el consumo de drogas, se sienten lo suficientemente seguros y cómodos como para pedir ayuda.</p>	

Aspectos transversales - D: Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias Estándares avanzados adicionales:	
D.15 El alcohol, el tabaco y las drogas ilegales están prohibidas en los recintos del programa.	<p>Estándar básico si es requerido por la ley.</p> <p>Nota: El cumplimiento de este estándar puede no ser factible bajo ciertas circunstancias, por ejemplo si la intervención se lleva a cabo en un recinto externo a la organización (p. ej. un club nocturno).</p>
D.16 El programa cumple con las normas y directrices nacionales e internacionales.	<p>Estándar básico si así lo requieren las políticas y legislación vigentes.</p> <p>Ejemplo de estándares: Se cuenta con los estándares nacionales profesionales en prevención de drogodependencias, si están disponibles.</p>
D.17 El código de derechos de los participantes está publicado y es fácil de entender.	
D.18 Existe un procedimiento para llevar a cabo quejas.	<p>Ejemplos de contenido: Los participantes pueden obtener información acerca de cómo se resolvió su reclamación.</p> <p>Ejemplos de evidencia: El procedimiento para realizar una queja es conocido por los participantes y miembros del personal; el procedimiento de quejas está definido por escrito.</p>
D.19 El programa apoya las relaciones con las familias y con las comunidades.	
D.20 Se proporciona una descripción detallada del programa a los participantes.	<p>Ejemplos de contenido: duración, formato, y contenidos del programa, efectos esperados, beneficios y riesgos, normas y obligaciones, comportamiento esperado por parte de los participantes.</p> <p>Ver también el Componente 5.6: <i>Aportación de una descripción del programa.</i></p>
D.21 Está definido el acceso de los participantes a la documentación del programa.	
D.22 Al iniciarse cada sesión, se comunica a los participantes los objetivos y metas que se pretende alcanzar.	<p>Nota: Estos podrían definirse conjunto con los participantes.</p>
D.23 Están definidos los roles y tareas de los participantes y miembros del personal, al igual que sus derechos y responsabilidades.	<p>Ejemplo de evidencia: Se establecen reglas básicas para cada sesión o grupo.</p>
D.24 Se negocia un contrato de aprendizaje con los participantes.	<p>Nota: El contrato puede ser en forma verbal o escrita.</p> <p>Ejemplo de contenido: Las expectativas de los participantes sobre la intervención.</p>
D.25 Las normas del programa son justas.	<p>Ejemplo: Las normas se aplican tanto a los participantes como a los miembros del personal.</p>
D.26 La participación del programa está basada en el consentimiento informado.	<p>Estándar básico si es posible dentro de la intervención.</p>

Aspectos transversales - D: Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias Estándares avanzados adicionales (cont.):	
D.27 Es voluntaria la participación en el programa.	Es decir, no se obstaculiza la salida voluntaria del programa a los participantes. Estándar básico si la participación no es una obligación legal. Nota: Este estándar puede no ser aplicable bajo ciertas circunstancias, como por ejemplo en intervenciones jurídico-penales, o en el caso de intervenciones universales escolares.
D.28 La comunidad o los participantes acuerdan cómo su cultura se incorpora al programa	Ejemplos de aspectos a considerar: Uso de símbolos culturales o conocimiento de la comunidad. Ejemplo de evidencia: El programa está diseñado consultando con representantes de la comunidad o de la población destinataria.
D.29 Las estructuras y procesos del programa reflejan los valores democráticos.	Ejemplos de evidencia: Los participantes pueden proporcionar feedback acerca del programa; se consulta a los participantes durante la impartición del programa.
D.30 Los miembros del personal están presentes durante la participación de una representación externa.	Nota: Este estándar puede no ser aplicable en el caso de que viole la confidencialidad de los participantes o cuando no tenga los mismos objetivos en común que el programa. Ejemplo de participación de una representación externa: Un conferenciante externo (p.ej., un oficial de policía) llevado a un aula escolar.
D.31 Están preparadas respuestas a incidentes relacionados con las drogas que pueden ocurrir durante la impartición del programa. Esto incluye:	
<ul style="list-style-type: none"> • Se controla el uso de drogas y otras actividades problemáticas en o cerca de las instalaciones de la organización o intervención. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Se han establecido procedimientos con respecto a infracciones, quejas y medidas disciplinarias. 	
<ul style="list-style-type: none"> • La gestión de los incidentes relacionados con las drogas está dentro de los objetivos generales del programa. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Existe un sistema de apoyo para cualquier participante que tenga necesidades relacionadas con las drogas. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Los procedimientos de evaluación y rutas de derivación son transparentes. 	

ETAPA UNO



DEL PROYECTO

Etapa 1 del proyecto:

Evaluación de necesidades



Antes de que la intervención se pueda planificar en detalle, es importante explorar la naturaleza y extensión de las necesidades relacionadas con las drogodependencias, así como las posibles causas y los factores que contribuyen a estas necesidades. Esto asegura que la intervención sea necesaria, y que aborde las necesidades y la (s) población (es) destinataria (s) correctas. Se distinguen cuatro tipos de necesidades: necesidades políticas; necesidades de la comunidad (generales); necesidades definidas por lagunas en la oferta de prevención; y necesidades de la población diana (específicas).

1.1 Conocimientos sobre las políticas y la legislación sobre drogodependencias: Las políticas y legislación relacionadas con las drogodependencias deben guiar todas las actividades de prevención de las drogodependencias. El equipo debe estar al tanto de estas políticas y legislación a nivel local, regional, nacional, y/o internacional, para poder trabajar de acuerdo con ellas. También se deben considerar otras normas y directrices vinculantes, cuando fuese oportuno.

1.2 Evaluación del consumo de drogas y de las necesidades de la comunidad: El segundo componente de esta etapa del proyecto especifica la necesidad de evaluar la situación correspondiente al consumo de drogas en la población general o en subpoblaciones específicas. Esta evaluación puede utilizar métodos cuantitativos y/o cualitativos, y debe basarse en los datos ya existentes si estos son de calidad y están ya disponibles. También se deben evaluar otras cuestiones relevantes como la pobreza y las desigualdades, para considerar la relación entre el consumo de drogas y otras necesidades.

1.3 Descripción de la necesidad – Justificación de la intervención: Los hallazgos de la evaluación de las necesidades de la comunidad están documentados y contextualizados para justificar la necesidad de la intervención. Se analizan los programas existentes de prevención de drogodependencias para lograr comprender cómo el programa puede complementar la actual estructura de provisión de servicios.

1.5 Conocimiento sobre la población diana: A continuación, la evaluación de necesidades profundiza en la recogida detallada de datos sobre la población diana, como información sobre los factores de riesgo y protectores, y acerca de la cultura y la vida cotidiana de la población. Una buena comprensión de la población diana es un requisito previo para una prevención eficaz, rentable y ética de las drogodependencias.

Esta etapa puede ser llevada a cabo al mismo tiempo que, o después, de la evaluación de recursos.

1.1 Conocimientos sobre las políticas y la legislación sobre drogas

Para tener algún tipo de impacto, todas las actividades de prevención de drogodependencias deben dirigirse hacia el mismo fin, aunque a través de diferentes medios. Cuando se definen los objetivos del trabajo de la prevención de las drogodependencias, la legislación y las políticas relacionadas con el consumo de drogas actúan como señales que guían las actividades de prevención a nivel local, regional, nacional e internacional. Por ello, es esencial que todos los profesionales - no solo los que están trabajando en la “cúpula”- sean conscientes de la política y legislación pertinentes, ya que esto permite que todos contribuyan a estos objetivos. Además, se deberán considerar cuando sea oportuno, otras guías, como normas y directrices vinculantes.

Es igualmente importante estar al día sobre los cambios en las políticas y la legislación relacionadas con el consumo de drogas, ya que esto puede afectar a diferentes aspectos del programa. Por ejemplo, cambios en las prioridades de financiación puede requerir una nueva estrategia que garantice la sostenibilidad del programa (ver Apartado A: *Sostenibilidad y financiación*); o, donde los participantes reciben información acerca de las drogas como parte de la intervención, los cambios en la legislación pueden requerir que se actualice el contenido de la intervención (p. ej., que reflejen los cambios en el estatus legal de las drogas tales como los “euforizantes legales” o “legal highs”, se trata de drogas sintéticas que se encuentran en una especie de limbo legal ya que son fabricadas a partir de elementos que, en sí mismos, no están prohibidos, pero que combinados y «cocinados» adecuadamente, dan como resultado una droga que imita los efectos de otra ilegal).

Además, al mostrar conocimiento y correspondencias con las políticas y la legislación relacionadas con las drogas, los promotores de los programas maximizan sus posibilidades de obtener el apoyo necesario de los comisionados y los financiadores. En algunos países, demostrar que se apoyan estrategias relevantes, es un criterio para obtener financiación gubernamental. Sin embargo, estos estándares no deben impedir que los programas afronten las necesidades que no aparecen en las prioridades políticas actuales. Por ejemplo, las necesidades identificadas de la población diana o de

una comunidad pueden no ser un objetivo explícito de las políticas existentes y su financiación (ver Componente 1.2: *Evaluación del consumo de drogas y de las necesidades de la comunidad*). En tales casos, los programas deberían seguir apoyando una agenda más amplia de la prevención de las drogodependencias, tal como se define en las estrategias nacionales o internacionales, y justificar la respuesta a otras necesidades.

Si bien, en última instancia, los financiadores y los comisionados deben asegurarse de que los programas estén de acuerdo con las políticas y la legislación vigente, y que todos los profesionales tengan un nivel general de conocimiento en esta área. Los profesionales que pasan una gran cantidad de su tiempo trabajando directamente con la población destinataria, puede sentir que aprender sobre políticas y leyes relacionadas con las drogas y estar al día con los nuevos acontecimientos, está más allá de las implicaciones de su trabajo. Es responsabilidad de los promotores apoyar a los miembros del personal en el logro de estos estándares, por ejemplo, mediante la celebración de eventos de formación internos en el entorno laboral (ver Componente C: *Capacitación del personal*).

Puede ser difícil juzgar qué políticas y aspectos de la legislación son los más importantes. Las prioridades políticas pueden cambiar frecuentemente, coincidiendo con un nuevo gobierno, cambios en las preocupaciones de la sociedad, o una nueva investigación importante. La sección de *Guía adicional* contiene una selección de documentos contemporáneos importantes en relación con las políticas y legislación a nivel nacional e internacional sobre drogodependencias. Aunque, la relevancia de estos documentos puede depender del tipo de programa. Por ejemplo, sería de esperar que un programa local priorice documentos de carácter local o regional sobre los nacionales o internacionales, ya que estos serían menos relevantes en el contexto local.

Nota: El Componente D: *Aspectos éticos de la prevención de las drogodependencias* contiene estándares acerca de las políticas y legislación generales.

Etapa 1 del proyecto: Evaluación de necesidades – 1.1 Conocimientos sobre políticas y legislación

Estándares básicos:

1.1.1 El conocimiento de las políticas y la legislación relacionadas con el consumo de drogas es suficiente para implementar el programa.	Ejemplos de políticas y legislación: Legislación relevante que cubre drogas ilegales, alcohol, tabaco, medicinas y sustancias volátiles; políticas de educación para la salud.
1.1.2 El programa apoya los objetivos, prioridades, estrategias y políticas locales, regionales, nacionales y/o internacionales.	Nota: Los programas locales/regionales deben prestar especial atención a los documentos de políticas locales/regionales. Ejemplo de evidencia: La descripción del programa proporciona referencias claras sobre de las estrategias y políticas más relevantes, y se posiciona en relación a éstas.

Etapa 1 del proyecto: Evaluación de necesidades - 1.1 Conocimientos sobre políticas y legislación

Estándares avanzados adicionales:

1.1.3 El programa cumple los estándares y directrices locales, regionales, nacionales y/o internacionales.	Estándar básico si así lo requieren las políticas y legislación existentes. Ejemplos de estándares: Estándares existentes para hacer que los servicios sean adecuados para la gente joven (p. ej., el Departamento de Salud, 2007).
--	---

1.2 Evaluación del consumo de drogas y de las necesidades de la comunidad

Los programas de prevención de drogodependencias, para ser éticos y efectivos, deben responder a las necesidades de la población destinataria. Por lo tanto, no es suficiente confiar únicamente en supuestos o ideologías cuando se planifica el trabajo de prevención. En su lugar, los programas de prevención de drogodependencias deben realizarse informándose de las necesidades de la población mediante evaluaciones empíricas, independientemente de si se trata de un programa universal o selectivo. Esta evaluación puede estar dirigida a la población general o a una subpoblación que usualmente se defina mediante un rasgo social común (p. ej., una etnia), un entorno concreto (p. ej., el escolar), o un área geográfica (p. ej., un barrio).

Dependiendo del tipo de organización y programa, puede que no sea necesario realizar una evaluación de necesidades para cada programa por separado, y un solo informe de evaluación de necesidades pueda ser usado en varios programas diferentes, a lo largo de un tiempo definido. Aun así, como las tendencias de consumo de drogas pueden cambiar rápidamente, es importante asegurarse de que los datos se actualicen con frecuencia. La evaluación puede ser llevada a cabo mediante la recogida y análisis de datos nuevos usando métodos cuantitativos y/o cualitativos (p. ej., encuestas, grupos focales, observación), y/o mediante el uso de datos (epidemiológicos) ya existentes para llevar a cabo un análisis de datos secundario. Los datos básicos sobre consumo de drogas suelen estar disponible para la población general y/o subpoblaciones (p. ej., jóvenes, personas en tratamiento), ya que se recogen como parte de encuestas y seguimientos rutinarios (ver sección de la *Guía adicional*). A pesar de esto, deben tenerse en cuenta los riesgos potenciales de los datos existentes (p. ej., calidad, actualidad y relevancia). Por ejemplo, es posible que solo se encuentren disponibles datos a nivel nacional, los cuales pueden ser útiles para interpretar datos locales, pero no pueden reemplazarlos. Se recomienda que se consulten diferentes fuentes para poder tener una imagen completa de la situación. Una guía detallada de cómo realizar una evaluación de necesidades se puede encontrar en la sección de la *Guía adicional*.

Los expertos consultados que informaron sobre el desarrollo de estos estándares, indicaron que, a menudo, había una falta de comunicación entre los que recogen los datos regularmente (p. ej., equipos regionales de coordinación de prevención de drogodependencias, observatorios de salud pública, investigadores) y aquellos que podían usar los datos para desarrollar programas (p. ej., comisionados, promotores). Por ejemplo, aunque a menudo se investiga en las escuelas, normalmente éstas no tienen acceso a los datos para garantizar la confidencialidad de los alumnos. En consecuencia, los datos existentes no siempre se utilizan para informar sobre el desarrollo del programa. Sin embargo, incluso en el ejemplo anterior, se pueden proporcionar datos a las escuelas, si varias escuelas están incluidas en un conjunto de datos anónimos, con un gran tamaño de muestra. Si las evaluaciones de necesidades no son realizadas por los que propiamente imparten la prevención, se requiere una colaboración organizada, para asegurar que reciban los datos (ver Componente B: *Comunicación y participación de grupos de interés*). Los equipos locales o regionales de coordinación de drogodependencias, podrían ser los adecuados para coordinar la recogida y el análisis de los datos regionales, con el fin de reducir la duplicación de esfuerzos. De hecho, los equipos de coordinación de drogodependencias, deberían considerar la posibilidad de realizar evaluaciones de necesidades de manera regular o consolidar datos de diferentes fuentes, para proporcionar información para el trabajo de los que aplican la prevención en el área.

Los estándares de este componente se centran en la evaluación de las necesidades relacionadas con las drogodependencias, con el fin de identificar la población destinataria adecuada y el entorno para el programa. Sin embargo, los datos sobre el consumo de drogas por sí mismos, a menudo, no son suficientes para diseñar una intervención adecuada y adaptada. También deben evaluarse otras necesidades como las desigualdades sanitarias y sociales o los niveles de pobreza, para comprender la complejidad del consumo de drogas. Es útil considerar, ya en esta etapa del proyecto, qué modelo teórico guiará el programa, ya que puede determinar qué datos recabar y cómo interpretarlos. El Componente 1.4 *Conocimientos sobre la población diana*, en la Etapa 1 del programa, ofrece la oportunidad de realizar un análisis más profundo de la población diana.

Etapa 1 del proyecto: Evaluación de necesidades – 1.2 Evaluación del consumo de drogas y de las necesidades de la comunidad
Estándares básicos:

1.2.1 Se realiza un estudio de la situación inicial.	
1.2.2 El estudio utiliza el conocimiento epidemiológico existente.	
1.2.3 El estudio es éticamente sólido.	Ejemplos de solidez ética: El estudio garantiza la confidencialidad y el anonimato de los encuestados; no estigmatiza ni perjudica a los informantes. Véase también el Componente D: <i>Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias</i> .
1.2.4 Se recopila o revisa información detallada y diversa sobre el consumo de drogas. Esto incluye:	Ejemplos de grupos a describir: Población general, subpoblaciones diferenciadas por sexo, edad, etnia, vulnerabilidad.
<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de drogas consumidas. 	Ejemplos de drogas: Legales, ilegales, y drogas controladas por los médicos.
<ul style="list-style-type: none"> • Ratios y tendencias de consumo de drogas. 	Ejemplos de indicadores: Tasa de incidencia y prevalencia, tanto por ciento de consumo en el último mes, último año o a lo largo de su vida, proporción de la población que no consume drogas.
1.2.5 Se evalúan otras necesidades relevantes en la comunidad o entorno.	Propósito: Explicar la relación entre el consumo de drogas y otras necesidades. Ejemplos de necesidades: Problemas, deseos, prevalencia (histórica) de conductas problemáticas, niveles de privación socioeconómica y desigualdades.
1.2.6 El estudio está documentado y se indican las fuentes de los datos o de la información.	Propósito: La documentación del estudio es útil para la justificación de las actividades y como un registro.

Etapa 1 del proyecto: Evaluación de necesidades – 1.2 Evaluación del consumo de drogas y de las necesidades de la comunidad
Estándares básicos adicionales si se usan datos existentes:

1.2.7 Los datos existentes están/son:	Ejemplos de recursos: Conjuntos de datos locales, regionales y nacionales.
<ul style="list-style-type: none"> • Actualizados. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Adecuados para el campo de aplicación del programa y la población diana. 	Ejemplo de adecuación al campo de aplicación del programa: Datos locales para proyectos locales.
<ul style="list-style-type: none"> • Válidos en las condiciones de los indicadores utilizados. 	Ejemplo de indicadores: Se usan los datos de prevalencia del consumo de drogas en lugar de las intenciones de consumir drogas o el uso percibido en los compañeros.
<ul style="list-style-type: none"> • De confianza. 	Es decir, con respecto a la metodología de recogida de datos y de análisis.

Etapa 1 del proyecto: Evaluación de necesidades – 1.2 Evaluación del consumo de drogas y de las necesidades de la comunidad

Estándares avanzados adicionales:

<p>1.2.8 El estudio de la situación inicial:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Permite el conocimiento del entorno operativo en el que se llevará cabo la intervención ("clima" del entorno). 	<p>Es decir, de la comunidad o escenario (por ejemplo, la organización receptora) en la que tendrá lugar la intervención.</p> <p>Ejemplos de aspectos del entorno y su cultura: normas, metas, valores, relaciones, prácticas, estructuras organizativas relevantes dentro de la comunidad local.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Se ha hecho de una manera sistemática y rigurosa. 	<p>Es decir, el estudio utiliza una metodología de evaluación de necesidades reconocida.</p> <p>Ejemplo de evidencia: Se describen los instrumentos y herramientas utilizados para evaluar las necesidades de la comunidad.</p> <p>Guía adicional: Se puede encontrar orientación detallada sobre cómo llevar a cabo evaluaciones adicionales en la sección de <i>Guía adicional</i>.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Se ha hecho pasando tiempo en la comunidad. 	<p>Ejemplos de evidencia: Investigación de campo, discusiones con grupos de interés de la comunidad.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Se buscó asesoramiento de expertos en metodología, si fue necesario. 	<p>Ejemplos de "expertos": académicos, encargados de organizaciones locales.</p>
<p>1.2.9 Para esta fase, se organiza un equipo para supervisar la recogida y análisis de datos.</p>	<p>Es decir, se asignan roles y responsabilidades.</p> <p>Ejemplos de responsabilidades: Planificación y coordinación de la evaluación de necesidades, recopilación de datos, análisis e interpretación, redacción de los resultados de la evaluación de necesidades.</p>
<p>1.2.10 Se ha obtenido o estimado el tamaño de la población en el área o comunidad:</p>	<p>Ejemplos de fuentes de datos: institutos de estadística, consejos locales, boletines educativos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Para el total de la población. 	<p>Estándar básico si tal información está disponible.</p> <p>Ejemplos de población total: Población general, todos los escolares, todos los miembros de una comunidad étnica.</p> <p>Ejemplo de recursos: Datos del censo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Para la población diana probable. 	<p>Es decir, aquellos que probablemente sean el objetivo de (por ejemplo, participen en, estén expuestos a) la intervención.</p> <p>Estándar básico si dicha información está disponible.</p> <p>Ejemplo: Población diana estimada como proporción de la población total.</p>

Etapa 1 del proyecto: Evaluación de necesidades – 1.2 Evaluación del consumo de drogas y de las necesidades de la comunidad

Estándares avanzados adicionales (cont.):

<p>1.2.11 La información que se recopila o revisa incluye:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Las tendencias y patrones de consumo de drogas. 	<p>Ejemplos de indicadores: Frecuencia de consumo, situación y circunstancias de consumo, funciones del consumo, edad de inicio, edad de máximo consumo, frecuencia y grado de prácticas peligrosas ocasionales, regulares y/o consumo intensivo, poblaciones de mayor riesgo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Efectos adversos diferenciados del consumo de drogas. 	<p>Ejemplos de indicadores: Naturaleza del daño y personas afectadas, impacto individual y comunitario de la prevalencia de una droga, drogodependencia.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Percepciones relacionadas con las drogas. 	<p>Ejemplos de indicadores: Daño percibido del consumo de drogas, disponibilidad percibida de las drogas, desaprobación percibida y aceptación del consumo de drogas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de mercados de drogas. 	
<p>1.2.12 Los datos obtenidos se comparan con datos similares de otras localidades o regiones, o con datos nacionales.</p>	<p>Propósito: Ayudar con la justificación de la intervención.</p> <p>Ejemplos de comparaciones: Prevalencia del consumo de drogas, análisis del problema del consumo de drogas a nivel individual, institucional y social.</p>

1.3 Descripción de la necesidad – Justificación de la intervención

La necesidad de la intervención está definida por las políticas relacionadas con las drogas (véase el Componente 1.1: *Conocimientos sobre las políticas y la legislación sobre drogodependencias*), las necesidades de la población y de la comunidad (ver 1.2: *Evaluación del consumo de drogas y de las necesidades de la comunidad* y 1.4: *Conocimiento sobre la población diana*), y el nivel y la naturaleza de los dispositivos de prevención existentes. En este componente, los hallazgos de los componentes anteriores se documentan y contextualizan para justificar la necesidad de la intervención.

En estos estándares, se pide a las organizaciones que proporcionen una visión general de las principales necesidades de la comunidad, señalen temas particulares, expliquen por qué estas cuestiones son pertinentes e identifiquen las acciones necesarias para mejorar la situación (o para prevenir una evolución no deseada). Esta descripción ayudará a determinar si la elección de la población diana es la correcta, tras su consideración en los subsiguientes componentes, tales como 1.4: *Conocimiento sobre la población diana*, y también sobre la elección de los objetivos del programa (véase Apartado 3.3: *Definición de fines, metas y objetivos*).

La justificación debe tener en cuenta las opiniones de la comunidad para asegurar que el programa es relevante para ella (ver componentes D: *Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias*, B: *Comunicación y participación de los grupos de interés para el programa*). Por lo tanto, es importante que la comunidad y otros grupos de interés relevantes sean involucrados en la descripción de las necesidades; esto es esencial, si la evaluación de las necesidades de la comunidad se basa en un análisis secundario de datos (p. ej., utilizando datos habituales). Sin embargo, las comunidades pueden no estar dispuestas a aceptar que existe la necesidad de una intervención, ya que esto puede ser interpretado como admitir que hay un problema (de consumo de drogas). Por ejemplo, los directores de escuelas pueden preocuparse de que la introducción de una intervención de prevención del consumo de drogas pueda dañar la reputación de su escuela. Es posible que haya menos estigma si la prevención del consumo de drogas en las escuelas es una parte de la legislación de la política gubernamental. Los que desarrollan programas y los responsables de la formulación de políticas deben evitar concentrarse en los "problemas" y, en su lugar considerar las "necesidades"; puede existir la necesidad de un programa de prevención antes de que se haya desarrollado un problema.

Es probable que ya existan algunos programas de prevención del consumo de drogas en funcionamiento. Por lo tanto, se analizan los programas existentes y recientes que contribuyen a la prevención del consumo de las drogas, para comprender cómo puede encajar mejor el nuevo programa. Los equipos locales o regionales de planificación de la prevención de drogodependencias pueden proporcionar información sobre los programas existentes en la zona. La nueva intervención debe complementar los esfuerzos existentes, para llenar las lagunas en la disposición actual de los programas de prevención. Por ejemplo, la baja cobertura de la población diana puede indicar la necesidad de programas adicionales. Si la población destinataria ya está bien cubierta a través de programas efectivos de prevención de drogodependencias existentes, los promotores pueden dirigirse a una población diana diferente para evitar la duplicación de esfuerzos. Sin embargo, también pueden decidir, por ejemplo, ofrecer un tipo diferente de intervención para la misma población destinataria, a fin de aumentar la variedad y la diversidad de la prestación.

En algunos casos, la justificación y la finalidad de la intervención pueden haber sido establecidas previamente por un concurso específico de proyectos, y los promotores pueden considerar que la oferta misma justifica el programa. Sin embargo, es importante que la justificación de la intervención se base en información real sobre la comunidad, no en suposiciones. Por lo tanto, los

comisionados y los que subvencionan deben reconocer la necesidad de flexibilidad (p. ej., las ofertas tendrán que ser revisadas después de la evaluación de necesidades). La comunicación entre promotores de los programas y comisionados o patrocinadores de la financiación, asegura que el programa sea relevante para la comunidad, así como aquellos que permitan su implementación (ver Componente B: *Comunicación y participación de los grupos de interés*).

Etapa 1 del proyecto: Evaluación de necesidades – 1.3 Descripción de la necesidad – Justificación de la intervención

Estándares básicos:

1.3.1 Se describen las principales necesidades de la población y, si es posible, se cuantifican.	Ejemplos de aspectos a considerar: Necesidades relacionadas con las drogodependencias, la salud, las políticas y las necesidades sociales.
1.3.2 La descripción está basada en la evaluación de necesidades.	
1.3.3 La descripción ilustra el posible desarrollo futuro de las necesidades sin una intervención.	Ejemplos de indicadores a considerar: Tasa de crecimiento del consumo de drogas ilegales, tasa de transmisión de virus transmitidos por la sangre
1.3.4 La organización conoce los programas existentes y recientes que contribuyen a la prevención de las drogodependencias.	
	<p>Nota: Tal información puede estar fácilmente disponible en los equipos que planifican la prevención a nivel local o regional.</p> <p>Ejemplos de programas: Servicios sociales y de salud existentes, programas previos para la población destinataria, estrategias regionales y locales.</p> <p>Ejemplos de consideraciones: Qué otras organizaciones hay, qué servicios ofrecen.</p>
1.3.5 Los programas existentes y recientes que contribuyen a la prevención de drogodependencias están analizados de acuerdo con su correspondencia con la población diana y con las necesidades de la comunidad.	<p>Propósito: Identificar brechas en la prestación de servicios.</p> <p>Ejemplos de consideraciones: Qué poblaciones diana están cubiertas, qué necesidades son atendidas por los servicios existentes.</p>
1.3.6 El programa complementa otros programas de promoción de la salud o prevención de drogodependencias a nivel local, regional y/o nacional.	Ejemplo: El programa se centra en grupos que aún no están bien cubiertos por otros programas y servicios (p. ej., grupos destinatarios de diferente de edad).
1.3.7 La necesidad de una intervención está justificada.	Ejemplo de aspectos a considerar: La utilidad del programa, la rentabilidad esperada (coste-efectividad).

Etapa 1 del proyecto: Evaluación de necesidades – 1.3 Descripción de la necesidad – Justificación de la intervención

Estándares avanzados adicionales:

<p>1.3.8 La descripción de las principales necesidades de la población:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Incluye una estimación de los costes asociados con el problema (potenciales). Identifica subgrupos o lugares específicos. 	<p>Ejemplos de costes: costes financieros, de salud, sociales y para la comunidad.</p>
	<p>Objetivo: Determinar los subgrupos o lugares relevantes a considerar, ver 1.4: <i>Conocimiento sobre la población diana</i>, 3.1: <i>Definición de la población diana</i> y 3.4: <i>Definición del contexto de la intervención</i>.</p> <p>Ejemplos: Se identifican los grupos y/o los lugares para el trabajo preventivo, mediante el uso de los datos de incidencia y prevalencia que establecen las edades locales de inicio del consumo de drogas (siendo, la edad de la población diana, inferior a la edad media de inicio); se identifican grupos y/o lugares, para la disminución del consumo de drogas, mediante el uso de datos de prevalencia que identifican "quién", "qué" y/o "dónde" están aumentando más las tasas de consumo de drogas (CSAP, 2002)).</p>
<ul style="list-style-type: none"> Determina otros factores asociados con el consumo (potencial) de drogas. 	<p>Ejemplos de otros factores: Necesidades de la comunidad no relacionadas con las drogas; cuestiones políticas, estructurales, económicas, p. ej., privación, pobreza, desigualdades.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Tiene en cuenta los puntos de vista de la comunidad o de la posible población diana sobre las necesidades identificadas relacionadas con las drogodependencias. 	<p>Propósito: Velar por que la intervención sea pertinente y pueda ser aceptada.</p> <p>Ejemplo de hallazgo: La población diana puede que no considere el consumo de drogas como un problema.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Identifica los cambios necesarios para mejorar la situación. 	<p>Ejemplos de cambios: Cambios de política, intervenciones a nivel macro.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Establece diferencia entre los cambios que son necesarios pero están más allá de las capacidades del programa y los cambios que pueden ser cubiertos por el programa. 	
<p>1.3.9 Los programas existentes y recientes que contribuyen a la prevención de las drogodependencias se analizan de acuerdo con su:</p>	<p>Propósito: Identificar las lagunas en la oferta de servicios.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Cobertura de la población destinataria. 	<p>Es decir, porcentaje de la población diana.</p> <p>Ejemplo: Si la población diana se define como "jóvenes en riesgo", la cobertura se puede expresar como el número de jóvenes en riesgo que participan en los programas existentes, expresado como un porcentaje de todos los jóvenes en riesgo de la zona de actuación.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Diseño, aplicación e impacto. 	<p>Ejemplos de indicadores: Fidelidad del programa (si los programas anteriores se implementaron según lo diseñado), competencia del personal, efectividad e impacto de la intervención.</p>

Etapa 1 del proyecto: Evaluación de necesidades – 1.3 Descripción de la necesidad – Justificación de la intervención

Estándares avanzados adicionales (cont.):

1.3.10 La intervención aborda necesidades que son:

- Urgentes e importantes.
- Costosas y/o comunes.

Es decir, las consecuencias de las necesidades no satisfechas tienen altos costes sociales y económicos; y/o tienen una alta prevalencia en la sociedad o en la comunidad.

Nota: Algunos comportamientos pueden ser infrecuentes pero muy costosos para la sociedad, por ejemplo la dependencia de la heroína.

- Definidas como prioridades de la prevención de las drogodependencias por organismos locales, regionales, nacionales o internacionales.

1.4 Conocimiento sobre la población diana

Un buen conocimiento de la población diana y de sus realidades es un requisito previo para una prevención eficaz (en función de los costes) y ética de las drogodependencia. La prevención de las drogodependencias debe realizarse no sólo para las personas, sino también con las personas, por lo que las necesidades relacionadas con las droga también deben ser tenidas en cuenta desde una perspectiva cultural y social más amplia. La evaluación general de las necesidades relacionadas con las droga y otras necesidades en la población general o en una subpoblación específica (véase Apartado 1.2: *Evaluación del consumo de drogas y de las necesidades de la comunidad*) indicarán cuales podrían ser los objetivos del programa y la población diana, es decir, a quién debe dirigirse la intervención y por qué. Sin embargo, un análisis más profundo actualizado de la población diana potencial, asegurará que, en las siguientes etapas del proyecto, el diseño y el contenido de la intervención estén bien elegidos (ver Apartado 4.3: *Adaptación de la intervención a la población diana*).

Este componente especifica el requisito de explorar la cultura de la población diana, su posición en una comunidad más amplia y sus representaciones sobre el consumo de drogas. Esta información complementa los datos de consumo de drogas recogidos anteriormente y proporciona indicaciones importantes para el diseño de la intervención. Cuando se ha elegido la población diana antes de la evaluación de necesidades (p. ej., como parte de la licitación de un proyecto a subvencionar), este paso puede llevarse a cabo junto con la evaluación de necesidades de la comunidad en 1.2: *Evaluación del consumo de drogas y de las necesidades de la comunidad*. Además de obtener un conocimiento general de la cultura de la población diana, es importante comprender el papel del consumo de drogas en la cultura de la población (UNODC, 2004, p.9). Por ejemplo, ciertos tipos de consumo de drogas pueden ser aceptables como parte de una costumbre cultural (p. ej., el uso de alcohol para celebrar una fiesta como Nochevieja, el consumo de drogas como parte de rituales de iniciación en ciertas culturas juveniles), mientras que otras formas de consumo de drogas pueden ser penadas. El conocimiento de las normas y prácticas culturales relacionadas con las drogas debe ser usado como fuente de información para el diseño de la intervención, de manera que asegure que ésta sea culturalmente relevante.

También se debe trazar un mapa y clasificar los factores relevantes que reducen o aumentan la probabilidad del consumo de drogas en la población diana. Los datos de este análisis ayudan a definir la población diana (ver 3.1: *Definición de la población diana*), a elegir las metas y los objetivos (3.3: *Definición de fines, metas y objetivos*) y a diseñar la intervención. Así mismo, se puede asignar un nivel de riesgo a la población diana dependiendo de la concurrencia de factores de riesgo y de protección. Sin embargo, el análisis de factores de riesgo y de protección no es esencial para los programas de prevención universales, ya que estos no distinguen a individuos o grupos con mayor riesgo de consumo de drogas.

En algunos programas, existe una distinción entre la población diana final (p. ej., los jóvenes en riesgo de consumir drogas) y la población diana mediadora que se cree tiene una fuerte influencia en la población diana final (p. ej., los padres de estos jóvenes). Estas intervenciones se llevan a cabo con miembros de la población diana mediadora, con el fin de influir indirectamente en el comportamiento de la población diana final. En tales casos, los promotores deben comprender pues, aspectos importantes de la población diana mediadora y de la final, como los factores de riesgo y de protección relacionados con la población diana final, las opiniones de las poblaciones diana mediadoras sobre el consumo de drogas y detalles sobre la interacción entre la mediadora y la población diana final.

Puede que ya esté disponible información detallada sobre la población diana (p. ej., informes de una investigación). Por lo tanto, se recomienda consultar la literatura oportuna para obtener una mejor comprensión de la población diana. También se puede obtener información adicional sobre la población diana, poniéndose en contacto con los grupos de interés pertinentes (p. ej., el equipo coordinador de drogodependencias regional, los servicios de salud y sociales que operan en la zona) (Ver B: *Comunicación y participación de los grupos de interés para el programa*).

Etapa 1 del proyecto: Evaluación de necesidades – 1.4 Conocimiento sobre la población diana

Estándares básicos:

1.4.1 Elección de una población diana potencial de acuerdo con la evaluación de las necesidades.

Nota: La elección final de la población diana puede depender de los datos del análisis de los factores de riesgo y de protección. Es posible que las decisiones sobre la población diana ya se hayan tomado antes de la evaluación de las necesidades, por ejemplo mediante concursos para financiación. Si la evaluación de necesidades demuestra que una población diana alternativa se beneficiaría más de una intervención, la estrategia original debería ampliarse más.

1.4.2 La cultura y perspectiva de la población diana sobre el consumo de drogas se incluyen en la evaluación de las necesidades.

Propósito: Esto proporcionará información para el diseño de la intervención así como su adaptación a la población diana.

Nota: Deben tenerse en cuenta las diferencias dentro de la propia población diana.

Etapa 1 del proyecto: Evaluación de necesidades – 1.4 Conocimiento sobre la población diana

Estándares avanzados adicionales:

<p>1.4.3 Se ha trazado un mapa explícito de los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas. Lo cual incluye:</p>	<p>Es decir, se evalúan los números, tipos y escala de los principales factores de riesgo y de protección.</p> <p>Notas: El análisis de factores de riesgo y de protección no es tan relevante para la prevención universal. Es más relevante como medio para describir a la población diana, por ejemplo en términos de trastornos de conducta o búsqueda de sensaciones.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Los factores de riesgo y de protección son diferentes según las características de la población diana. 	<p>Ejemplos de indicadores: Edad, sexo, cultura, vulnerabilidad.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Se identifican los factores de riesgo y de protección que son exclusivos de la población diana. 	<p>Ejemplos de aspectos a considerar: Problemas de salud mental, género, orientación sexual, cultura, etnia, medio ambiente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Se evalúa el impacto de los determinantes generales de la salud. 	<p>Ejemplos de indicadores: Ingresos familiares, niveles de educación de los padres, experiencias de la primera infancia.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Se evalúa el papel de la comunidad como factor de riesgo o de protección. 	<p>Ejemplos de indicadores: Índices de pobreza, disponibilidad de medicamentos, apoyo estructural (apoyo de entidades y organizaciones de la comunidad), normas de la comunidad.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Se estima la intensidad de los factores de riesgo o de protección. 	<p>Es decir, están cuantificados o calificados en términos de su relevancia para el consumo de drogas.</p> <p>Ejemplo de aspectos a considerar: Relevancia para el individuo, la familia, los compañeros, la escuela, el lugar de trabajo, la comunidad.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Se agrupan factores de riesgo o factores de protección similares. 	<p>Ejemplos de categorías: Genética, biológica, social, psicológica, familiar, contextual, educativa, económica, cultural.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Se identifican los grupos de factores de riesgo o de protección que podrían abordarse juntos. 	<p>Ejemplo: Un programa de regeneración / cohesión de la comunidad abordaría varios factores relacionados con la comunidad.</p>
<p>1.4.4 Los factores que pueden modificarse se distinguen de los factores que no pueden ser modificados por el programa.</p>	<p>Ejemplos: La educación sobre la salud puede mejorarse, pero es poco probable que la política nacional de salud pública cambie con una intervención a pequeña escala.</p>
<p>1.4.5 Se especifican aquellos factores modificables sobre los que se aplicará el programa.</p>	<p>Ejemplo de evidencia: Presentado en un modelo lógico.</p>
<p>1.4.6 Se define el nivel de riesgo de la población diana.</p>	<p>Ejemplo de definición del nivel de riesgo: "Alto riesgo" de inicio temprano en el consumo de drogas debido al diagnóstico de trastorno conductual.</p> <p>Ejemplo de consideración: ¿Qué tipo de intervención (universal, selectiva, indicada) es apropiada para este nivel de riesgo?</p>

Etapa 1 del proyecto: Evaluación de necesidades – 1.4 Conocimiento sobre la población diana

Estándares avanzados adicionales (cont.):

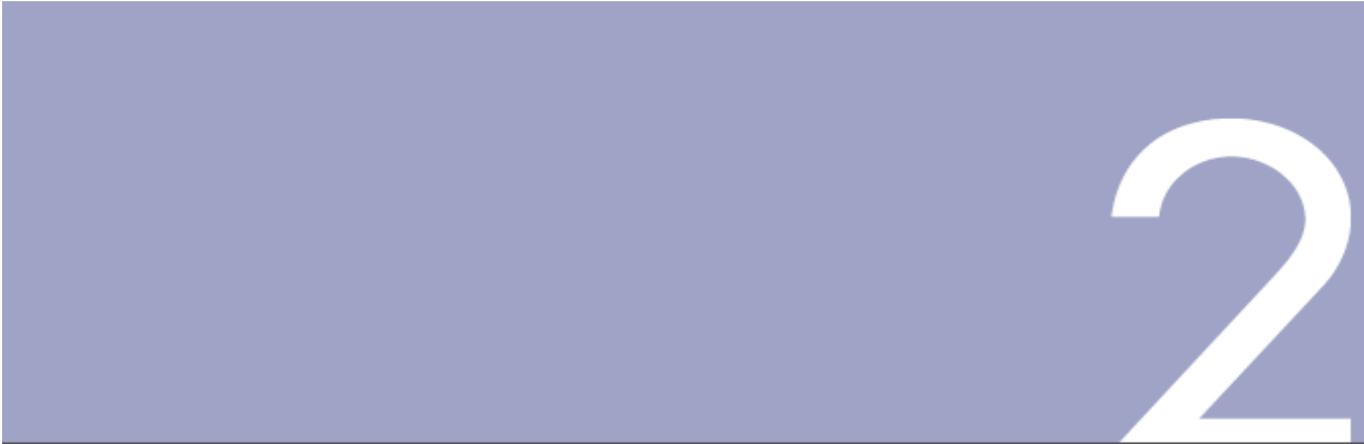
1.4.7 Las perspectivas a considerar al evaluar la población diana incluyen:	Nota: Deben tenerse en cuenta las diferencias dentro de la población diana.
<ul style="list-style-type: none"> • Autopercepción de la población diana. 	Ejemplo de indicadores: Percepción del impacto del consumo de drogas sobre la propia salud y la de los demás.
<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos culturales. 	<p>Ejemplo de aspectos a considerar: Tradiciones y hábitos generales, creencias y reglas sociales, valores.</p> <p>Ejemplos de indicadores: Jerarquías y tipos de relaciones en la familia, en la escuela o en el lugar de trabajo; creencias sobre cómo hacer frente al estrés.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas y necesidades generales, expectativas, opiniones y actitudes. 	Ejemplo de indicadores: Situación del consumo de drogas en la biografía más amplia de los miembros de la población diana.
<ul style="list-style-type: none"> • El "lenguaje" de la población diana. 	Ejemplos de indicadores: Música, libros, revistas, Internet, programas de televisión que consume la población diana; cómo los miembros de la población diana expresan sus ideas sobre el uso y la prevención de las drogas (p. ej., el rechazo de los jóvenes a los mensajes "Simplemente di NO a las drogas").
<ul style="list-style-type: none"> • Personas e instituciones que son importantes para la población diana. 	Ejemplos de personas e instituciones: Figuras de la comunidad, celebridades, modelos a seguir y a enseñar.
<ul style="list-style-type: none"> • Motivaciones para el consumo de drogas. 	Ejemplos de indicadores: Funciones del consumo de drogas, expectativas sobre los efectos de las drogas.
<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de los daños y beneficios del consumo de drogas. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Los conocimientos que tienen y la necesidad de información o educación. 	Ejemplo de indicador: Conocimiento de las legislaciones nacionales sobre el consumo de drogas.
<ul style="list-style-type: none"> • Opiniones sobre los medios de comunicación y la prevención de drogas o mensajes de "promoción" de drogas en los medios de comunicación. 	Ejemplo de indicador: Educación mediática.
<ul style="list-style-type: none"> • Expectativas sobre los fines, metas y objetivos de los programas de prevención de drogodependencias. 	Ejemplos de expectativas: La población diana espera programas que los empoderen, que permitan el acceso a servicios especializados.
<ul style="list-style-type: none"> • Opiniones sobre los promotores (proveedores) y su personal. 	Ejemplo de proveedores: Servicios relacionados con las drogodependencias.

Etapa 1 del proyecto: Evaluación de necesidades – 1.4 Conocimiento sobre la población diana

Estándares avanzados adicionales (cont.):

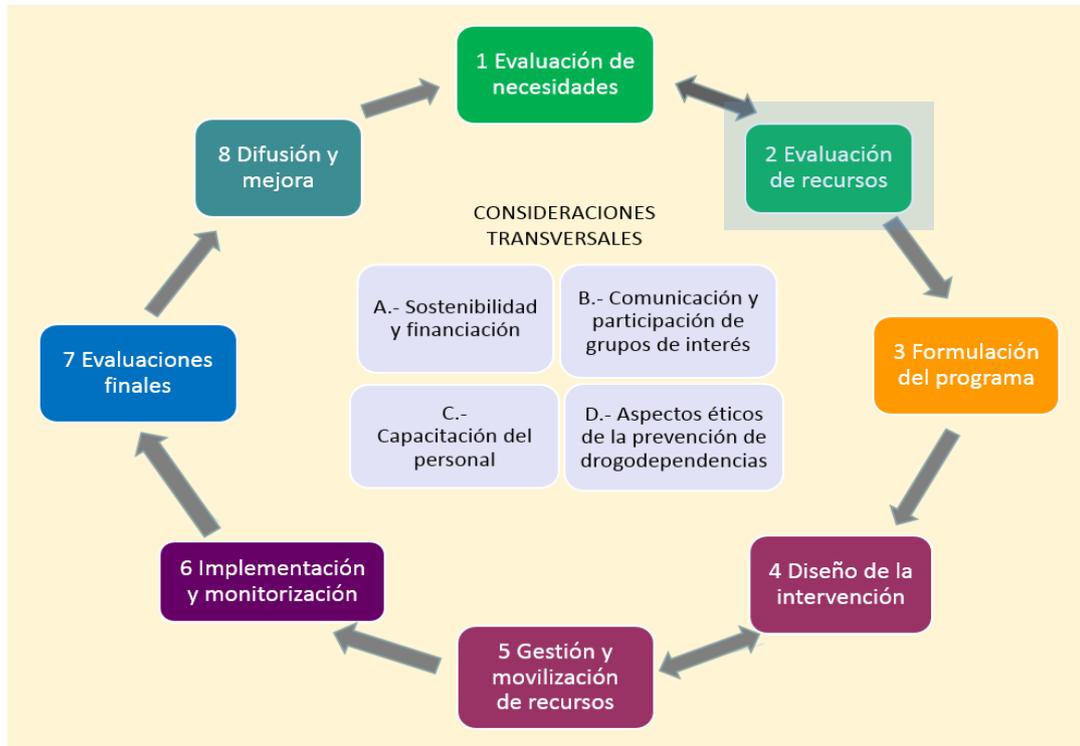
<p>1.4.8 Los grupos de interés pertinentes participan en la determinación de las necesidades de la población diana.</p>	<p>Ejemplos de grupos de interés: Miembros de las familias de la población destinataria (cuando corresponda), por ejemplo, padres de niños en edad escolar.</p> <p>Ejemplos de contribuciones de los grupos de interés: Perspectivas sobre el consumo de drogas de la población destinataria, formas de responder al consumo de drogas, expectativas hacia las organizaciones que promueven la prevención (p. ej., servicios relacionados con las drogodependencias).</p>
<p>1.4.9 La naturaleza de la relación entre la población diana y la comunidad se incluye en la evaluación de necesidades.</p>	<p>Ejemplos de aspectos a considerar: Percepción que la población diana tiene de la comunidad; la percepción que la comunidad tiene de la población diana; la posición de la población diana en la comunidad y su nivel de integración en la misma.</p> <p>Ejemplos de indicadores: Niveles de inclusión y exclusión social / educativa / económica / de servicios.</p>

ETAPA DOS

A large purple rectangular block with a white number 2 on the right side.

DEL PROYECTO

Etapa 2 del proyecto: Evaluación de recursos



Un programa no sólo está definido por las necesidades de la población diana, sino también por los recursos disponibles. Si bien la evaluación de las necesidades (véase Etapa 1 del Proyecto: *Evaluación de necesidades*) indica qué debería perseguir el programa, la evaluación de los recursos proporciona información importante sobre si estos objetivos pueden lograrse. Por lo tanto, los recursos deben ser evaluados para obtener una comprensión realista del tipo de programa que se desea y de la posible extensión del mismo.

2.1 Evaluación de los recursos de la población diana y de la comunidad: Los programas de prevención de drogodependencias sólo pueden tener éxito si la población diana, la comunidad y los grupos de interés adecuados están "listos" para participar, por ejemplo, son capaces y están dispuestos a participar o apoyar la implementación. También pueden tener recursos que pueden ser utilizados como parte del programa (p. ej., contactos, habilidades). Los estándares de este componente describen el requisito de evaluar y detectar posibles fuentes de oposición y apoyo, así como los recursos disponibles de los grupos de interés pertinentes para el programa.

2.2 Evaluación de las capacidades internas: El análisis de los recursos y capacidades internas es importante, ya que el programa sólo será viable si cuenta con el personal disponible, los recursos financieros y otros recursos necesarios. Este paso se lleva a cabo antes de la formulación del programa, para comprender mejor qué tipos de programas pueden ser factibles.

Esta etapa puede llevarse a cabo al mismo tiempo que la evaluación de necesidades, o cuando se comienza el proyecto, antes de ésta.

2.1 Evaluación de los recursos de la población diana y de la comunidad

Los programas de prevención de drogodependencias sólo pueden tener éxito si son apoyados por todos los grupos de interés pertinentes, como la población diana, la comunidad, y las organizaciones receptoras y de referencia (cuando proceda). La principal condición para el apoyo es que estos grupos de interés estén "listos" para participar en el programa, es decir, sean conscientes de las necesidades (relacionadas con las drogas), así como estén interesadas y dispuestas, y sean capaces de afirmar (por ejemplo, participar) el programa (NIDA, 2003).

Los estándares en este componente describen el requisito de evaluar el nivel de preparación existente entre la población diana, la comunidad y cualquier otro grupo de interés (véase Componente B: *Comunicación y participación de los grupos de interés para el programa*). Los resultados de esta evaluación indicarán, por ejemplo, qué se debe hacer para obtener el nivel de apoyo necesario y qué dificultades podrían surgir durante la implementación (p. ej., para la inscripción y retención de los participantes). Como consecuencia, será posible realizar una estimación más realista del calendario y de otros recursos necesarios. La investigación ha identificado distintas etapas de preparación de la comunidad que pueden ayudar a determinar el nivel en que se encuentra la población o comunidad diana (p. ej., Plested et al., 1999).

La población diana, o una comunidad más amplia, también pueden tener recursos que pueden ser utilizados en el programa. Algunos recursos pueden facilitar la implementación del programa desde un punto de vista práctico (p. ej., los miembros de la comunidad tienen buenas relaciones con los miembros de la población diana y pueden ayudar a los promotores del programa a establecer contacto). Otros recursos pueden ser relevantes y útiles para el diseño y el contenido de la intervención (p. ej., los promotores del programa planifican actividades de intervención que usan las habilidades y el talento de los participantes), (ver Etapa 4 del Proyecto: *Diseño de la Intervención*). Por lo tanto, este componente también examina las fortalezas y debilidades existentes dentro de la población diana o la comunidad.

En consecuencia, si bien los componentes 1.2: *Evaluación del consumo de drogas y de las necesidades de la comunidad* y 1.4: *Conocimiento sobre la población diana*, tratan de comprender mejor el contexto dentro del cual puede ocurrir el consumo de drogas, este componente evalúa la relación entre el programa en sí y la población diana o la comunidad en la que este consumo tendrá lugar.

Etapa 2 del proyecto: Evaluación de recursos – 2.1 Evaluación de los recursos de la población diana y de la comunidad

Estándares básicos:

<p>2.1.1 Se consideran las fuentes de oposición y de apoyo al programa, así como las formas para aumentar el nivel de apoyo</p>	<p>Nota: Esto no se limita a la población diana y a la comunidad, ya que podría incluir otros grupos de interés, tales como profesores de escuela, medios de comunicación, o incluso el gobierno nacional.</p>
<p>2.1.2 Se evalúa la capacidad de la población diana y de los grupos de interés para participar en el programa o apoyarlo.</p>	
	<p>Es decir, su disponibilidad (p. ej., tiempo, presencia física) para participar o apoyar el programa.</p> <p>El estándar básico incluye a la comunidad, si los miembros de la comunidad (p. ej., población general, funcionarios) participan en el programa o cuando partes de la intervención se implementa en la comunidad.</p> <p>Nota: Los grupos de interés pertinentes deben identificarse de acuerdo con el Componente B: <i>Comunicación y participación de los grupos de interés.</i></p> <p>Ejemplos de conclusiones: Los programas de inclusión social deberían tener lugar durante las vacaciones escolares o después de la escuela; las intervenciones breves deben ser realizadas en un punto adecuado a lo largo de la utilización del servicio.</p>

Etapa 2 del proyecto: Evaluación de recursos – 2.1 Evaluación de los recursos de la población diana y de la comunidad

Estándares avanzados adicionales:

<p>2.1.3 Se evalúa la disponibilidad de la población destinataria y de los grupos de interés para el programa, incluyendo su:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● Conciencia del uso de drogas y necesidades relacionadas. 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Interés en el programa de prevención. 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Voluntad de participar o apoyar al programa. 	
<p>2.1.4 Se evalúan los recursos de la población diana y de los grupos de interés relevantes.</p>	<p>Propósito: Usar la información obtenida para fundamentar el plan del proyecto, así como el contenido y el diseño de la intervención.</p> <p>Ejemplo de grupos de interés relevantes: La comunidad.</p> <p>Ejemplos de recursos: El capital social, los conocimientos y las habilidades que ya existen, las fortalezas, las vulnerabilidades, los recursos materiales y humanos.</p>
<p>2.1.5 Se evalúa la posibilidad de utilizar componentes de otras estrategias y actividades de prevención de drogodependencias a nivel local, regional, nacional y/o internacional.</p>	<p>Ejemplos de otras actividades: Campañas de prevención de bebidas alcohólicas nacionales o regionales, Día Mundial del SIDA.</p>

2.2 Evaluación de las capacidades internas

Los programas de prevención de drogodependencias sólo son viables si operan dentro de los límites de los recursos de que disponen, tales como el personal y sus capacidades (p. ej., habilidades, conocimientos, experiencia), los materiales (p. ej., equipamiento) y los contactos profesionales. Por lo tanto, es esencial evaluar qué recursos y capacidades internas están disponibles de forma actualizada o que probablemente estarán disponibles cuando se implemente el programa.

Esta evaluación debe realizarse desde el principio del ciclo del proyecto, para comprender mejor qué tipos de programas pueden ser factibles. Por ejemplo, una intervención especializada puede requerir de miembros del personal con cierto tipo de cualificación; el trabajo que abarca mayor extensión, puede requerir el transporte del personal; las intervenciones que utilicen tecnologías de la información y la comunicación, requerirían capacitación en nuevas tecnologías; y ciertos entornos o poblaciones diana sólo pueden ser accesibles, si los promotores de los programas ya han establecido una buena relación profesional con los grupos de interés. Si los recursos necesarios no están disponibles y no pueden ser asegurados, entonces este tipo de intervenciones no son factibles, y los promotores del programa de prevención deben, en consecuencia, modificar sus planes.

Como el propósito de la evaluación es proporcionar información para la planificación del programa, ésta no tiene que ser "formal". Dependiendo del tamaño y naturaleza de la organización o programa, la evaluación puede consistir en una discusión informal entre los miembros del personal para identificar las fortalezas y debilidades del equipo y, cuando sea necesario, con el resto de la organización en relación con los diferentes tipos de recursos (como se describe en este componente). Esta discusión indicará qué tipos de intervenciones serían (o no) factibles y qué recursos adicionales podrían ser necesarios. En la mayoría de los casos, no será necesario pedir a una organización externa que lleve a cabo la evaluación.

La evaluación se puede documentar como parte del plan del proyecto (véase 5.1: *Planificación del programa - Ilustración de la planificación del proyecto*). También es útil incluir dicha información en las solicitudes de subvención.

Nota: Los recursos se discuten en detalle en la Etapa 5 del Proyecto: *Gestión y movilización de recursos*.

Etapa 2 del proyecto: Evaluación de recursos – 2.2 Evaluación de las capacidades internas

Estándares básicos:

2.2.1 Se evalúan los recursos y capacidades internas. Los recursos a considerar incluyen:	Nota: Se evalúan para el programa las posibilidades reales y probables de estos recursos.
<ul style="list-style-type: none"> Recursos humanos y competencias del personal. 	<p>Ejemplos de recursos humanos: Disponibilidad de tiempo, diferentes tipos de conocimientos y habilidades (p. ej., gestión de proyectos, liderazgo, creatividad, sensibilidad cultural).</p> <p>Véase también: Componente C: <i>Capacitación del personal</i>; 5.3: <i>Constitución del equipo</i>.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Experiencia previa. 	Ejemplo de experiencia previa relevante: Haber realizado intervenciones similares en el pasado.
<ul style="list-style-type: none"> Recursos organizativos. 	Ejemplos de recursos organizativos: Instalaciones y equipos operativos y su idoneidad para la realización de una amplia variedad de actividades.
<ul style="list-style-type: none"> Recursos tecnológicos. 	Ejemplos de recursos tecnológicos: Ordenadores, internet, paquete de software para realizar evaluaciones; soporte técnico para la gestión de proyectos, como un sistema de información de seguimiento o gestión.
<ul style="list-style-type: none"> Recursos económicos. 	
<ul style="list-style-type: none"> Conexiones con la población diana. 	Nota: Las conexiones con la comunidad deben evaluarse, si ésta puede ser relevante para el programa.
<ul style="list-style-type: none"> Red profesional. 	Ejemplo de red profesional: Recursos políticos.
<ul style="list-style-type: none"> Cualquier otro recurso pertinente para la ejecución del programa. 	Ejemplo de otros recursos: Transporte.

No hay estándares avanzados adicionales.

ETAPA TRES

A large purple rectangular block containing a white number 3, positioned on the right side of the page.

DEL PROYECTO

Etapa 3 del proyecto:

Formulación del programa



La formulación del programa describe el contenido y la estructura del programa y proporciona la base necesaria que permita una planificación específica, detallada, coherente y realista. En base a la evaluación de las necesidades de la población diana y de los recursos disponibles, los elementos centrales del programa podrán ser definidos claramente. Estos estándares pretenden estimular un cambio en la cultura profesional del trabajo de prevención de drogodependencias hacia un enfoque más sistemático y basado en la evidencia.

3.1 Definición de la población diana: Una buena definición de la población diana garantiza que la intervención se dirija a las personas adecuadas. La población diana puede consistir en individuos, grupos, familias, organizaciones, comunidades, entornos y/u otras unidades, siempre y cuando sean identificables y claramente definidas. Algunos programas pueden necesitar distinguir la población diana final (p. ej., los jóvenes en riesgo de iniciar un consumo de drogas) de la población diana intermedia o mediadora (p. ej., padres, maestros, grupo de iguales o pares de estos jóvenes). La definición de estos grupos debe ser específica y apropiada para la implementación del programa.

3.2 Utilización de un modelo teórico que sustente la intervención: Un modelo teórico es un conjunto de hipótesis interrelacionadas que explican cómo y por qué es probable que una intervención produzca resultados en la población diana. Utilizar un modelo teórico adecuado para el contexto particular del programa preventivo incrementa la probabilidad de que el programa alcance con éxito sus objetivos. Ayuda a identificar a los mediadores relevantes de las conductas relacionadas con las drogas y a determinar metas y objetivos factibles. Todas las intervenciones deben basarse en modelos teóricos sólidos, sobre todo si éstas son de nuevo desarrollo.

3.3 Definición de fines, metas y objetivos: Sin fines, metas y objetivos claros, existen serios riesgos de que el trabajo preventivo no se lleve a cabo en beneficio de la población diana. Los estándares utilizan una estructura de tres niveles de fines, metas y objetivos interconectados. Los fines describen la dirección, la idea general, el propósito o la intención del programa a largo plazo. Las metas son previsiones claras de los resultados del programa para los participantes al finalizar la intervención. Los objetivos describen los cambios inmediatos o intermedios en los participantes que son necesarios para lograr una meta final. Por último, los objetivos operativos describen las actividades que se requieren para alcanzar las metas y los objetivos.

3.4 Definición del contexto de la intervención: El contexto es el entorno social y/o físico en el que se desarrolla la intervención, como la familia, la escuela, el lugar de trabajo, la discoteca, la comunidad o la sociedad. La evaluación de necesidades puede señalar que uno o más entornos son relevantes; sin embargo, también deben tenerse en cuenta otras consideraciones prácticas (p. ej., la facilidad de acceso, la necesidad de colaboración) al decidir el entorno concreto de la intervención. Es esencial una definición clara del contexto de la intervención de manera que otros puedan entender dónde y cómo ésta fue implementada.

3.5 Uso de la evidencia de efectividad: Cuando se planifica el trabajo de prevención de drogodependencias, es importante estar al tanto y utilizar los conocimientos existentes sobre "lo que funciona" en la prevención de las drogodependencias. Debe consultarse la evidencia científica existente sobre la prevención de drogodependencias efectiva, y resaltar los hallazgos que sean pertinentes para el programa. La evidencia científica debe integrarse con la experiencia técnica de los profesionales, para diseñar una intervención que sea relevante para el contexto específico del programa. Cuando no se dispone de evidencia de efectividad, puede describirse en su lugar la experiencia profesional y la pericia de las entidades intervinientes.

3.6 Elaboración del cronograma: Un cronograma realista es esencial en la planificación e implementación del programa (p. ej., para que los miembros del personal puedan dirigir y coordinar sus esfuerzos). Un cronograma muestra las actividades previstas y los plazos aplicables (las fechas límite). Sin embargo, el cronograma puede ir actualizándose durante la implementación del programa para reflejar su desarrollo real.

3.1 Definición de la población diana

Una buena definición de la población diana es esencial para el éxito de un programa de prevención de drogodependencias, ya que asegura que la intervención esté dirigida a las personas adecuadas. La población diana puede estar constituida por individuos, grupos, familias, organizaciones, comunidades, contextos y/u otras unidades, siempre y cuando sean identificables y estén claramente definidas. Una definición precisa es particularmente importante en las intervenciones de prevención selectiva e indicada. La definición de la población diana debe basarse en la información obtenida en la evaluación de necesidades. La forma en que la población diana se elige y define tiene implicaciones para otros aspectos del programa; por ejemplo, determina la elección y el diseño de la intervención (véase Etapa 4 del proyecto: *Diseño de la intervención*). También permite que otras entidades, comisionados e investigadores comprendan para quién se prevé que la intervención es efectiva.

La definición debe estar delimitada para que siempre esté claro si una persona puede ser elegida para participar en la intervención o no. Debe ser lo suficientemente amplia como para incluir a todas las personas que puedan ser elegidas para participar, pero lo suficientemente restringida como para excluir a cualquier persona que no deba participar (p. ej., mediante los criterios de inclusión y exclusión). Sobre todo, la definición debe especificar una población diana que realmente se pueda alcanzar dentro de la realidad del programa. Es posible que la definición deba revisarse durante las etapas posteriores del proyecto (p. ej., al reclutar a los participantes) para garantizar que describa bien a la población destinataria. Al definir a la población diana, se deben considerar los posibles efectos estigmatizantes cuando, por ejemplo, la pertenencia a un grupo social determinado está relacionada con una mayor probabilidad de consumo de drogas (ver Componente D: *Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias*).

Siempre que sea posible, también se debe incluir o estimar el tamaño total de la población diana. Este número muestra cuántas personas (potencialmente) están afectadas por los problemas a los que alude el programa y, en consecuencia, cuántos podrían beneficiarse de participar en él. Dependiendo del tipo de programa, este número también puede determinar cuántas personas deben ser invitadas a participar. Durante la evaluación de proceso, este tipo de información permite comprender cómo la población diana fue cubierta por la intervención (es decir, si los participantes representaban un porcentaje suficientemente grande de la población diana) (véase Apartado 7.2: *Si se realiza una evaluación de proceso*).

Algunos programas distinguen entre la población diana final (p. ej., los jóvenes en riesgo de consumir drogas) y la población diana intermedia que se cree tiene una fuerte influencia en la población diana final (p. ej., padres, maestros, pares de estos jóvenes). Estas intervenciones se llevan a cabo con la población diana intermedia, con el fin de influir indirectamente en el comportamiento de la población diana final. En tales casos, los miembros de la población diana final, son sólo beneficiarios indirectos del programa. Los programas basados en la familia, los grupos de iguales y otros programas centrados en mediadores que multiplican los efectos, son ejemplos de estas líneas de actuación (OEDT, 1998). Para estos programas, es esencial describir y, en la medida de lo posible, cuantificar tanto a la población diana mediadora como la final. Al trabajar con los estándares, las organizaciones que implementan dichos programas deben juzgar qué población diana es la apropiada para ser tenida en cuenta como "la población diana" a la que se refieren los estándares. Por ejemplo, tanto las poblaciones diana intermedias como las finales deben ser tenidas en cuenta durante la evaluación de las necesidades, pero la evaluación de proceso puede centrarse en la población diana mediadora.

Etapa 3 del proyecto: Formulación del programa – 3.1 Definición de la población diana

Estándares básicos:

3.1.1 Se describe la población diana del programa.	Nota: Si el programa distingue entre una población diana mediadora y una población diana final, entonces ambas poblaciones deberán describirse en este componente.
3.1.2 Se puede llegar a la población diana elegida.	

Etapa 3 del proyecto: Formulación del programa – 3.1 Definición de la población diana

Estándares básicos para programas de prevención específicos (selectiva e indicada):

3.1.3 Se incluyen criterios explícitos de inclusión y exclusión.	
	<p>Nota: Esta prevención específica incluye prevención selectiva e indicada.</p> <p>Ejemplos de criterios: Sociodemográficos (p. ej., edad, sexo, raza u origen étnico, estado civil, religión), socioeconómicos (p. ej., estudios, profesión), psicobiológicos (p. ej., etapa del desarrollo – p. ej., neonatal, infancia, adolescencia-), según los entornos (p. ej., una institución como la escuela o el lugar de trabajo, geográficos como la ciudad o la región, ciertos lugares o ambientes sociales).</p>
3.1.4 Criterios de inclusión y exclusión:	
<ul style="list-style-type: none"> • Permiten una clara diferenciación entre poblaciones. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Definen adecuadamente la población diana. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Están bien justificados. 	Ejemplo de justificación: De acuerdo con la evaluación de necesidades.

Etapa 3 del proyecto: Formulación del programa – 3.1 Definición de la población diana

Estándares avanzados adicionales:

3.1.5 Se especifican criterios explícitos de inclusión y exclusión para cada actividad.	<p>Estándar básico si el programa se dirige a diferentes poblaciones diana.</p> <p>Nota: Debe ser considerado cuando el programa esté dirigido a diferentes poblaciones diana.</p>
3.1.6 El tamaño total de la población diana se incluye o se estima basándose en la evaluación de necesidades.	Ejemplo: Número de jóvenes en riesgo de consumo.
3.1.7 Se describen los beneficiarios indirectos del programa.	Ejemplo de beneficiarios indirectos: Familias de jóvenes consumidores de drogas, miembros de la comunidad local, empresarios, servicios de salud locales, los miembros de la población diana que no participan en el programa, la población diana final.

3.2 Utilización de un modelo teórico que sustente la intervención

Un modelo teórico es un conjunto de supuestos interrelacionados que explican cómo y por qué una intervención de prevención de drogodependencias es probable que produzca resultados en la población diana, y también puede explicar las causas del consumo de drogas. Por lo tanto, es una forma de mostrar "lo que funciona" y "por qué". No debe confundirse con un resumen de la evaluación de las necesidades o con la justificación de la intervención (véase Etapa 1 del proyecto: *Evaluación de necesidades*). Los modelos teóricos se presentan a menudo como diagramas de flujo o representaciones gráficas («modelos lógicos») que ilustran cómo se han logrado los resultados deseados al cambiar las variables mediadoras relacionadas con las drogas en la población diana (p. ej., cambiando actitudes y habilidades que han demostrado que influyen en el consumo de drogas). En consecuencia, los modelos teóricos aclaran a qué variables mediadoras debe dirigirse la intervención (véase Apartado 3.3: *Definición de fines, metas y objetivos*). También ayuda a decidir sobre las actividades de intervención, asegurando que las necesidades, actividades y resultados estén bien interrelacionados. El empleo de un modelo teórico, por lo tanto, es esencial para las nuevas intervenciones, aunque idealmente todas las intervenciones deberían basarse en una teoría sólida.

La elección del modelo teórico está determinada por los datos de la evaluación de las necesidades y los fines identificados por el programa. Los modelos teóricos se basan generalmente en la investigación existente y la teoría relacionada con el consumo de drogas, la promoción de la salud o el comportamiento humano y el desarrollo en general (p. ej., psicología, sociología). El uso de un modelo teórico es un aspecto esencial cuando se adopta una perspectiva basada en la evidencia que hace uso de los conocimientos existentes en el campo de la prevención de las drogodependencias. Entre los ejemplos de teorías se incluyen, la teoría de la disonancia cognitiva, la teoría del aprendizaje social y los modelos normativos. Sin embargo, los estándares no deben desalentar a los profesionales para que desarrollen nuevas teorías basadas en revisiones de la literatura. Cuando se desarrolla una nueva teoría, se debe describir en detalle, para que otros puedan comprenderla. Se puede encontrar más información sobre teorías, por ejemplo, en libros de referencia sobre promoción de la salud o prevención de las drogodependencias.

La teoría elegida debe ser apropiada para las circunstancias particulares del programa (p. ej., la población diana, los patrones de consumo de drogas). Los profesionales que aplican el programa pueden tener dudas sobre el uso de los modelos teóricos, percibiéndolos quizás como demasiado generales, abstractos o simplistas, por lo que no aportan valor a los datos específicos y ricos obtenidos durante la evaluación de necesidades. Del mismo modo, estos profesionales pueden creer que los modelos teóricos son demasiado específicos y, por lo tanto, no son aplicables a las circunstancias. Esto resalta la importancia de elegir la teoría que sea más apropiada para el contexto de la intervención (p. ej., que coincida con las necesidades y objetivos identificados). La elección de la teoría correcta ayuda a comprender mejor la realidad y a captar la complejidad del consumo de drogas.

Los profesionales también pueden sentir que no es necesario o es demasiado difícil referirse a modelos teóricos en el trabajo cotidiano de la prevención de drogodependencias, ya que la evaluación de necesidades, la definición de metas y objetivos y/o la experiencia práctica de programas anteriores, parecen ser suficientes para planificar actividades. Sin embargo, estas preocupaciones pueden ser mitigadas, si los modelos teóricos se entienden como un medio de poner los resultados de la evaluación de necesidades en relación con las actividades y los resultados del programa.

Las consultas a expertos, que fundamentaron el desarrollo de estos estándares, indicaron que los profesionales pueden usar modelos teóricos sin darse cuenta de que lo están haciendo. Pueden tener dificultades para reconocer y describir los modelos teóricos, aunque los apliquen implícitamente en su práctica diaria. Esto pone de relieve la necesidad de dar mayor énfasis a la teoría subyacente en prevención de drogodependencias en la formación, capacitación y desarrollo de los profesionales de prevención de drogodependencias. Es responsabilidad de los promotores de la prevención, apoyar a los miembros del personal en el logro de estos estándares, por ejemplo, mediante la celebración de eventos internos de capacitación (véase Componente C: *Capacitación del personal*). También destaca la necesidad de que, aquellos que desarrollan teorías, demuestren cómo estos modelos teóricos pueden ser utilizados en una variedad de circunstancias diferentes y cómo se pueden aplicar en la práctica cotidiana.

Etapa 3 del proyecto: Formulación del programa – 3.2 Utilización de un modelo teórico que sustente la intervención

Estándares básicos si se usa un modelo teórico o si se desarrolla una nueva intervención:

3.2.1 El programa está basado en un modelo teórico.	
3.2.2 El modelo teórico:	
<ul style="list-style-type: none"> • Está basado en la evidencia. 	Es decir, basado en estudios empíricos.
<ul style="list-style-type: none"> • Está basado en una revisión de literatura relevante. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Está (probablemente) aceptado en la comunidad científica y/o de prevención. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Permite una comprensión de las necesidades específicas relacionadas con las drogas y de sus causas. 	Es decir, coincide con los descubrimientos realizados en la evaluación de necesidades.
<ul style="list-style-type: none"> • Permite comprender cómo se puede cambiar la conducta. 	
3.2.3 Se describe y justifica el modelo teórico.	Ejemplos de evidencia: Se presenta como una "teoría del cambio" que muestra los mecanismos causales para lograr dicho cambio; está ilustrado gráficamente como un modelo teórico-lógico.

Etapa 3 del proyecto: Formulación del programa – 3.2 Utilización de un modelo teórico que sustente la intervención

Estándares avanzados adicionales:

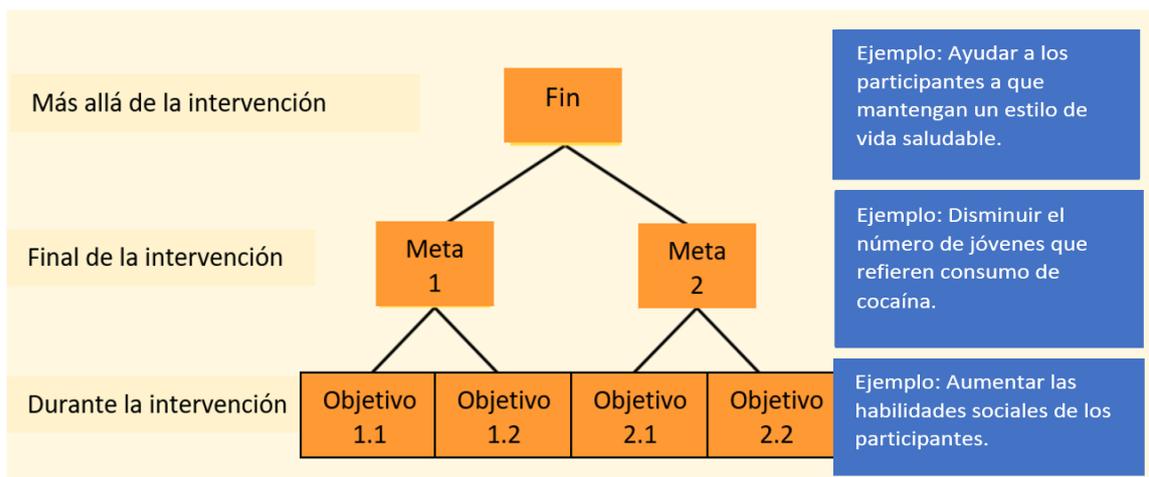
3.2.4 Se hacen ajustes al modelo teórico inicial, cuando sea necesario, de acuerdo con:	
<ul style="list-style-type: none"> • La población destinataria. 	
<ul style="list-style-type: none"> • La intervención seleccionada. 	
<ul style="list-style-type: none"> • El entorno seleccionado. 	
3.2.5 Las adaptaciones del modelo teórico están justificadas y documentadas.	Estándar básico si se realizan ajustes.

3.3 Definición de fines, metas y objetivos

Al definir los fines, metas y objetivos, los promotores de programas de prevención, responden a la pregunta más importante en la prevención de las drogodependencias: ¿cuáles son los principales beneficios para los participantes? Sin fines, metas y objetivos claros, existe un grave riesgo de llevar a cabo un trabajo de prevención de drogodependencias para su propio bien, en lugar de en beneficio de la población diana. La definición de metas y objetivos también es esencial para realizar el seguimiento del progreso de la actuación, durante la implementación, en la evaluación de proceso, y para llevar a cabo las evaluaciones de resultados tras su implementación (ver Componente 4.4: *Si se planifican evaluaciones finales*).

Los estándares utilizan una estructura de tres niveles de fines, metas y objetivos. Los fines describen la dirección, la idea general, el propósito o la intención a largo plazo del programa. No necesitan ser directamente medibles ni alcanzables dentro del programa actual. Por ejemplo, los fines pueden alcanzarse varios años después de que una intervención haya terminado o cuando una intervención sólo puede contribuir en parte a la consecución de los fines. Sin embargo, para implementar y evaluar programas, se requieren metas y objetivos precisos. Las metas son afirmaciones claras sobre los resultados del programa para los participantes al finalizar la intervención. Se desarrollan a partir del fin general, al traducirlo en metas más específicas y alcanzables. Por ejemplo, diferentes metas pueden reflejar diferentes aspectos del fin más general. Cada meta se utiliza para formular objetivos específicos y, consecuentemente, cada objetivo está directamente relacionado con una meta. Los objetivos describen el cambio inmediato o intermedio en los participantes que es necesario para lograr una meta al final de la intervención. En consecuencia, los fines, metas y objetivos forman una progresión lógica. La Figura 4 muestra un ejemplo de cómo un fin general se traduce en metas y objetivos.

Figura 4: Conexión entre fines, metas y objetivos.



Hay dos tipos diferentes de objetivos (ver Figura 5). Los objetivos específicos definen los resultados para los participantes (normalmente, el término 'objetivos' se refiere a objetivos específicos), mientras que los objetivos operativos indican lo que el organizador del programa de prevención debe hacer para lograr estos resultados. Por consiguiente, los objetivos operativos describen los resultados del programa y las actividades necesarias (p. ej., contenido y estilo de la intervención, preparativos necesarios como la incorporación de los participantes). Para realizar la monitorización y la evaluación de proceso, los objetivos operativos se traducen en indicadores de evaluación de proceso con medidas de referencia definidas para la evaluación (ver Apartado 4.4: *Si se planifican evaluaciones finales*). Especificar los objetivos operativos también ayuda a formular tareas en el plan del proyecto (véase Apartado 5.1: *Planificación del programa-Ilustración de la planificación del proyecto*).

Los promotores y los comisionados a veces se centran demasiado en las actividades que quieren llevar a cabo, con lo que descuidan lo que realmente quieren lograr con los participantes. Los programas de prevención de drogodependencias deben ser dirigidos por las necesidades, no impulsados por indicadores de resultados (p. ej., número de clientes que utilizan un servicio). La elección de los fines debe estar determinada por los resultados de la evaluación de las necesidades. Los fines deben dirigirse directamente a las necesidades de la población diana, aunque también pueden referirse a la política relacionada con las drogas (véase Etapa 1 del proyecto: *Evaluación de necesidades*). Las metas se desarrollan a partir de estos fines, y los objetivos se eligen al referirse al modelo teórico (ver 3.2: *Utilización de un modelo teórico que sustente la intervención*). Una teoría bien escogida (es decir, una que se adapte al contexto de la intervención tal como se define en la evaluación de las necesidades), muestra cómo se pueden lograr los resultados deseados modificando ciertas variables mediadoras (p. ej., conocimientos, habilidades y actitudes de los destinatarios). En consecuencia, los objetivos deben dirigirse a las variables mediadoras que influyen en los resultados deseados (p. ej., como lo demostró una investigación previa).

Los fines, metas y objetivos no necesitan relacionarse directamente con el consumo de drogas. Por ejemplo, las metas y objetivos pueden no estar relacionados con el consumo de drogas, si se espera que el programa evite un consumo potencial de drogas que podría ocurrir muchos años después de la intervención (p. ej., actividades de prevención con niños pequeños). Por el contrario, los fines pueden abordar cuestiones sociales o de salud más amplias (p. ej., proyectos de inclusión social), lo que significa que la prevención de las drogodependencias podría constituir sólo un aspecto del programa, expresado en una meta relacionada con las drogodependencias, entre otras metas generales. También, la intensidad y duración de un programa concreto de prevención de drogodependencias, dependerá de si lo que se pretende conseguir es un fin, una meta o un objetivo. Por ejemplo, el cambio de comportamiento puede ser un fin general para un programa a corto plazo, pero podría representar un objetivo específico dentro de un programa a largo plazo.

Cuando sea apropiado, los promotores de programas de prevención deben esforzarse por acordar los fines, metas y/o objetivos con los participantes o miembros de la población diana. Al hacerlo, se debe garantizar que los objetivos acordados sean relevantes para el programa (es decir, que contribuyan a la prevención del consumo de drogas) y que no causen, inadvertidamente, resultados negativos para los participantes (ver Componente D: *Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias*).

Etapa 3 del proyecto: Formulación del programa – 3.3 Definición de fines, metas y objetivos

Estándares básicos:

<p>3.3.1 Se especifica qué es exactamente lo que se 'previene'.</p>	<p>Nota: Si el programa está dirigido al consumo de drogas, se debe especificar la/s droga/s a la/s que se dirige. Por ejemplo, ¿el programa está enfocado sólo a drogas ilegales, o al alcohol, al tabaco, a los medicamentos con receta, y los "colocones legales" están también incluidos? Si el programa se dirige a comportamientos específicos (p. ej., conductas de riesgo), éstos también deben definirse.</p>
<p>3.3.2 Se especifican los fines, metas y objetivos del programa.</p>	<p>Es decir, está claro qué necesidad específica es abordada por el programa.</p>
<p>3.3.3 Los fines, metas y objetivos dependen unos de los otros y forman una progresión lógica.</p>	<p>Es decir, los fines generales del programa se traducen en metas más específicas; y cada meta está conectada con los objetivos que son necesarios para el logro de dichas metas.</p>
<p>3.3.4 Los fines, metas y objetivos:</p>	<p>Ejemplo de evidencia: En la formulación del programa, la descripción de los fines, metas y objetivos está de acuerdo con los estándares.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Están basados en la evaluación de necesidades. 	<p>Es decir, es relevante para la población diana y, por ejemplo, para la situación local.</p> <p>Nota: Diferentes poblaciones diana pueden requerir fines, metas y/o objetivos diferentes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Son 'útiles' para la población diana. 	<p>Es decir, mejora la vida de las personas, no sólo satisface las preocupaciones morales de la opinión pública.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Son claros, comprensibles y fáciles de identificar. 	<p>Nota: Por ejemplo, en la descripción del programa o en la solicitud de financiación.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Están formulados en términos del cambio esperado en los participantes ('resultados'). 	<p>Es decir, muestra cómo los participantes cambiarán durante el transcurso de la intervención y más allá; fines, metas y objetivos específicos describen los cambios en los participantes, y no las actividades planificadas del programa ('resultados')</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Están de acuerdo con los principios éticos y profesionales. 	<p>Véase también D: <i>Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias.</i></p>
<p>3.3.5 Las metas y objetivos son:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Específicos. 	<p>Es decir, se pueden relacionar con actividades concretas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Realistas. 	<p>Es decir, se pueden llevar a cabo con los recursos disponibles y con la población diana definida.</p> <p>Ejemplo de consideración: Los cambios comportamentales pueden no ser alcanzables con una intervención a corto plazo.</p>
<p>3.3.6 Se distinguen objetivos específicos y operativos.</p>	<p>Es decir, los objetivos específicos se refieren a resultados y los objetivos operativos especifican cómo se lograrán los resultados (actividades, productos).</p>

Etapa 3 del proyecto: Formulación del programa – 3.3 Definición de fines, metas y objetivos

Estándares básicos adicionales, si se planifica llevar a cabo evaluaciones:

3.3.7 Las metas y objetivos son:	
<ul style="list-style-type: none"> Definidos temporalmente. 	<p>Es decir, se describe cuando se espera que aparezcan los cambios.</p> <p>Ejemplo de aplicación: Se describe el marco temporal dentro del cual sucederán los cambios comportamentales, lo cual puede ocurrir más allá de la duración del programa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Medibles. 	

Etapa 3 del proyecto: Formulación del programa – 3.3 Definición de fines, metas y objetivos

Estándares avanzados adicionales:

3.3.8 Los fines, metas y objetivos:	
<ul style="list-style-type: none"> Están de acuerdo con el modelo teórico. 	<p>Estándar básico si se usa un modelo teórico.</p> <p>Nota: El modelo teórico indica a qué variables mediadoras deben dirigirse los objetivos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Están de acuerdo con la dirección estratégica de la organización que proporciona el programa. 	
<ul style="list-style-type: none"> La población diana está de acuerdo con ellos. 	
<ul style="list-style-type: none"> Son socialmente deseables. 	<p>Es decir, la sociedad en la que se produce la intervención ve las metas como positivas.</p> <p>Ejemplo: Se tiene en consideración si la reducción de daños es una práctica aceptable en esta sociedad.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Reflejan un cambio sostenible. 	<p>Es decir, se prefieren los cambios a largo plazo en los participantes, a los logros a corto plazo.</p>
3.3.9 Se especifican las variables mediadoras seleccionadas.	Ejemplos de variables mediadoras: conocimientos, actitudes, creencias normativas.
3.3.10 Se seleccionan múltiples variables mediadoras.	

3.4 Definición del contexto de la intervención

El contexto es el entorno social y/o físico en el que tiene lugar la intervención, como la familia, la escuela, el lugar de trabajo, la discoteca, la comunidad o la sociedad. Una definición clara del contexto, es esencial para que otros puedan comprender dónde y cómo se implantó la intervención, y cómo el contexto de la intervención podría haber contribuido a los resultados obtenidos. Si una entidad diferente desea replicar la intervención en un entorno diferente, necesitará una descripción del entorno original para que pueda adaptar la intervención al nuevo escenario.

La descripción del contexto puede ser general (p. ej., escuelas) o específica (p. ej., designando una escuela específica) dependiendo del tipo de programa. Además, dependiendo de las necesidades de la población diana, la descripción puede no estar limitada a un (tipo de) contexto; puede referirse a varios (tipos de) contextos, es decir, a una serie de lugares en los que tendrán lugar las actividades de prevención de drogodependencias. Durante la implementación, puede ser necesario revisar la definición del entorno, por ejemplo, para reflejar los hábitos de la población diana que han cambiado.

Como se indicó anteriormente, la elección del contexto debería basarse en la evaluación de las necesidades (véase la Etapa 1 del proyecto: *Evaluación de necesidades*). Puede escogerse un escenario que tenga gran relevancia para la población diana. Por ejemplo, los miembros de la población diana pueden pasar una gran cantidad de tiempo allí, y/o este entorno puede tener un significado especial para ellos. La elección de este tipo de contexto (p. ej., escuela, centro comunitario) aumenta las posibilidades de alcanzar y retener a una mayor proporción de población destinataria, en comparación con los entornos que no forman parte de la vida cotidiana de los destinatarios (p. ej., las propias instalaciones de la entidad organizadora). Sin embargo, los fines del programa y el tipo y contenido de la intervención, también pueden señalar un entorno que no forma parte de la rutina diaria de la población diana. Por ejemplo, una intervención centrada en las drogas recreativas, puede tener mayor impacto si se realiza en una discoteca, aunque las discotecas no representen un entorno que, individualmente, los miembros de la población diana visiten todos los días.

Las consideraciones prácticas también deben tenerse en cuenta a la hora de decidir sobre el entorno. Puede haber complicaciones particulares si la intervención se realiza en una organización receptora, como una escuela, un club nocturno, un hospital, una prisión, etc., cuando la intervención no ha sido encargada por la organización receptora, entonces el acceso a la población diana lo determina la organización receptora, en función de si desea colaborar con la entidad organizadora o no. Por ejemplo, la población diana puede pasar mucho tiempo en un centro comunitario que no otorga acceso a visitantes externos. En consecuencia, aunque en teoría el escenario pueda haber sido bien escogido, en la práctica no sería viable llevar a cabo la intervención allí.

Incluso si la organización receptora acepta colaborar, el acceso a la población diana puede perderse, si la organización se retira de la participación del programa posteriormente. Esto pone de manifiesto la necesidad de que los promotores establezcan sólidas relaciones profesionales con los grupos de interés pertinentes (véase Componente B: *Comunicación y participación de los grupos de interés para el programa*).

La elección de un entorno ajeno a las instalaciones de los promotores, también puede limitar las posibilidades de intervención, por ejemplo, en relación con la duración de las actividades, ciertos aspectos del diseño de la intervención (véase Etapa 4 del proyecto: *Diseño de la intervención*),

fidelidad de implementación (ver Etapa 6 del proyecto: *Implementación y monitorización*), o la adhesión a principios éticos como la confidencialidad (ver Componente D: *Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias*). La organización receptora puede pedirle a la entidad organizadora que respete ciertas normas y reglamentos, o el entorno físico puede no ser adecuado para todos los aspectos de la intervención. Por ejemplo, puede no estar permitido o no ser físicamente posible hacer cambios en el aula de una escuela.

Estas consideraciones no deben desalentar a los promotores para escoger un entorno que esté fuera de sus propias instalaciones, si es el más relevante y adecuado para la población diana y para la intervención. Sin embargo, se deben considerar los desafíos potenciales planteados por la implementación de un programa en una organización receptora y tomar las medidas apropiadas para reducir los impactos negativos en el programa.

Etapa 3 del proyecto: Formulación del programa – 3.4 Definición del contexto de la intervención

Estándares básicos:

3.4.1 El (los) contexto (s) para las actividades se describe(n).	Ejemplos de contexto: Escuelas, grupos de iguales, lugares de trabajo, familia u hogar, servicios sociales, entornos recreativos, prisiones, sociedad.
3.4.2 El contexto:	
<ul style="list-style-type: none"> • Es más probable que produzca el cambio deseado. 	Es decir, es relevante para la población diana.
<ul style="list-style-type: none"> • Coincide con los fines, metas y objetivos del programa. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Coincide con los recursos disponibles. 	Ejemplo de recursos a considerar: Redes existentes, financiación, transporte.
3.4.3 Se identifican las colaboraciones necesarias en este contexto.	<p>Nota: El análisis puede mostrar que no se requieren colaboraciones en este contexto (p. ej., si la intervención se realiza en las instalaciones de la entidad organizadora).</p> <p>Ejemplo de colaboraciones necesarias: Si la intervención se basa en una escuela, es probable que sea necesaria la colaboración con su director.</p>

Etapa 3 del proyecto: Formulación del programa – 3.4 Definición del contexto de la intervención

Estándares avanzados adicionales:

3.4.4 El contexto:	
<ul style="list-style-type: none"> • Coincide con los factores de riesgo y protección identificados. 	Estándar básico si se llevó acabo el análisis de factores de riesgo y de protección.
<ul style="list-style-type: none"> • Coincide con las actividades que probablemente realizará la población diana. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Hace que los participantes se sientan cómodos. 	

3.5 Empleo de la evidencia de efectividad

Cuando se planifica el trabajo de prevención de drogodependencias, es importante estar al día y utilizar los conocimientos existentes sobre "lo que funciona" en la prevención de drogodependencias. El trabajo preventivo está "basado en la evidencia científica", cuando se lleva a cabo un análisis sistemático de la literatura profesional relevante (p. ej., revistas científicas), se emplea la evidencia de efectividad encontrada en la literatura y se asegura que la intervención se corresponda con esta evidencia. El uso de un enfoque basado en la evidencia, impide que las entidades realicen actividades que ya han demostrado que son ineficaces o que tienen efectos iatrogénicos, y también reduce la duplicación de esfuerzos (es decir, no hay necesidad de "reinventar la rueda"). En consecuencia, estos estándares describen el requisito de consultar la base de evidencia existente sobre la prevención efectiva de las drogodependencias, y destacar la forma en que el programa incorpora estos hallazgos.

La evidencia sobre la efectividad generalmente se deriva de ensayos de investigación científica, evaluaciones de resultados, experiencia práctica, etc. Existen diferentes niveles de evidencia de acuerdo a cómo ésta se produjo. Generalmente, las evaluaciones críticas de evidencia consideran que la evidencia producida por ensayos aleatorios controlados representa el nivel más alto de evidencia, mientras que las opiniones profesionales (basadas en informes subjetivos, observaciones no estructuradas, etc.) se consideran generalmente como el nivel más bajo de evidencia (OCEBM, 2009; Evans, 2003). Por lo tanto, al revisar la evidencia de efectividad, se debe dar prioridad a los estudios que representan el más alto nivel de evidencia disponible.

Los profesionales pueden considerar que no tienen los recursos para examinar la literatura existente sobre planificación y ejecución del trabajo preventivo. Muchas organizaciones, como el OEDT, ponen a disposición de los interesados informes accesibles sobre la evidencia existente. La sección *Guía adicional* contiene una selección de bases de datos y otros servicios web que proporcionan actualizaciones de la evidencia en la prevención de drogodependencias. En consecuencia, no se espera que los técnicos revisen y sintetizen la evidencia ellos mismos. Sin embargo, los administradores de servicios, los comisionados y los responsables de subvencionar los programas, deben apoyar estos estándares, reconociendo la necesidad de dedicar parte de su tiempo (p. ej., para consultar la literatura) y, cuando sea necesario, fondos (p. ej., para asistir a programas formativos y conferencias sobre prevención de drogodependencias basada en la evidencia) (ver Componente C: *Capacitación del personal*).

La evidencia rara vez es "completamente cierta", y puede incluso ser contradictoria porque, a menudo, es específica para determinadas poblaciones diana, geografías, contextos (p. ej., sociales, políticos, normativos), etc. Por lo tanto, la evidencia de la investigación científica debe ser la base para la práctica, pero no puede reemplazar la experiencia profesional de los que la aplican. Los profesionales son "expertos por la experiencia", como lo expresó un delegado durante las consultas para fundamentar estos estándares. El desafío de llevar a cabo la prevención de las drogodependencias basada en la evidencia, radica en la aplicación de la evidencia científica de una manera que sea adecuada para un contexto local específico. Por lo tanto, es esencial que los profesionales integren los hallazgos de la revisión de la evidencia científica, con sus propios conocimientos profesionales (p. ej., situación local, prioridades poblacionales, disponibilidad de recursos, experiencias anteriores de implantación) para decidir el mejor curso de acción para la población diana. La evidencia científica debe integrarse con la experiencia técnica de los profesionales para diseñar una intervención que sea relevante para el contexto concreto de la intervención.

Cuando no haya evidencia científica de efectividad, se pueden describir las experiencias profesionales y la pericia de los intervinientes, y utilizarlas para juzgar la efectividad de las intervenciones previas y de las planificadas. Sin embargo, estas experiencias deben ser cuidadosamente consideradas, dadas las limitaciones de estas formas de conocimiento, comparadas con la solidez de la evidencia derivada de las investigaciones. La opinión profesional no debe considerarse con validez científica (aunque puede ser intrínsecamente valiosa para algunos propósitos). Por ejemplo, es importante no generalizar un pequeño número de casos a un grupo más grande, o asumir que la opinión personal y la experiencia tienen una validez más general. Deberían identificarse las circunstancias que pueden haber conducido a sesgos y/o explicaciones alternativas de los resultados previamente observados. Además, cuando todavía no se dispone de pruebas científicas, se recomienda llevar a cabo una evaluación de resultados como parte del programa, para contribuir a la base de datos existentes (véase Apartado 4.4: *Si se planifican evaluaciones finales*).

Nota: La evidencia sobre la efectividad no debe confundirse con un resumen de la evaluación de necesidades, la justificación de la intervención (ver Etapa 1 del proyecto: *Evaluación de necesidades*) o los resultados de las evaluaciones de proceso.

Etapas del proyecto: Formulación del programa – 3.5 Empleo de la evidencia de efectividad

Estándares básicos:

3.5.1 Se consultan las revisiones bibliográficas y/o las publicaciones esenciales.	Ejemplos de aspectos a tener en cuenta: La efectividad y los resultados de las intervenciones para la misma o similar población (es) diana, en el mismo o similar entorno (s), con iguales o similares necesidades. Ejemplo de evidencia: Se facilitan las referencias de publicaciones relevantes.
3.5.2 La información revisada es:	
<ul style="list-style-type: none"> • Científica. 	Es decir, usa metodologías validadas y llega a conclusiones justificables.
<ul style="list-style-type: none"> • Actual. 	Es decir, no ha sido reemplazada por revisiones/publicaciones más recientes, y/o sigue siendo relevante para la práctica actual.
<ul style="list-style-type: none"> • Relevante para el programa. 	Es decir, la información revisada proporciona la base de evidencia necesaria para planificar la intervención. Ejemplo de aspectos a considerar: Es relevante para las necesidades identificadas, para la población diana, para el modelo teórico, etc.
<ul style="list-style-type: none"> • Aceptada por la comunidad científica o de prevención. 	Nota: Una revisión puede ser de alta calidad, pero sus recomendaciones pueden no corresponderse con las características propias del trabajo de prevención. Por ejemplo, estrategias dirigidas por la justicia penal, que son altamente punitivas, pueden no estar muy aceptadas dentro del colectivo de prevención.
3.5.3 La revisión de la literatura no está sesgada.	Es decir, se ha considerado una variedad de fuentes, incluyendo evidencia que no apoya la efectividad de intervenciones indicadas.
3.5.4 Los principales hallazgos son utilizados como base del diseño de la intervención.	

No hay estándares avanzados adicionales.

3.6 Elaboración del cronograma

Es esencial establecer un cronograma al planificar un programa. El cronograma permite a los miembros del personal trabajar con plazos específicos y coordinar su trabajo con otros miembros del personal y otras demandas de trabajo. También define qué recursos son necesarios (p. ej., asegurando que la financiación de los honorarios del personal cubra la duración del programa) (véase Etapa 5 del proyecto: *Gestión y movilización de recursos*). Si las evaluaciones finales están planificadas, el cronograma determinará cuándo deben recogerse los datos de la de proceso y/o de resultado (ver 4.4: *Si se planifican evaluaciones finales*). También es esencial tener un cronograma original que pueda ser usado para juzgar el progreso del programa durante la monitorización (p. ej., ¿vamos retrasados? ¿se requieren modificaciones?), y la evaluación final del proceso (ver 6.3: *Monitorización de la implementación* y 7.2: *Si se realiza una evaluación de proceso*). Finalmente, una descripción del cronograma puede demostrar a otros que el programa ha sido bien pensado. Por lo tanto, es esencial indicar el cronograma, por ejemplo, en la solicitud de subvenciones.

El cronograma debe ser realista y, cuando sea posible, debe acordarse con los miembros del personal que puedan trabajar en el mismo (ver 5.3: *Constitución del equipo*). Al planificar el cronograma, puede ser útil tener en cuenta el tiempo más corto en que el programa podría ser completado (es decir, si todo va de acuerdo con el plan), así como el tiempo más largo en que el programa podría ser completado (es decir, si hay dificultades para reclutar participantes, retrasos en la recepción de fondos, etc.). El apartado 5.1: *Planificación del programa-Ilustración de la planificación del proyecto*, permite elaborar planes de contingencia para que los promotores hagan frente eficazmente a las dificultades emergentes. Este enfoque flexible, también es necesario en relación con el cronograma. Se debe permitir un tiempo suficiente para realizar las actividades y, si es necesario, se puede actualizar el cronograma durante la implementación para reflejar el desarrollo real del programa. Los libros de consulta sobre gestión de proyectos pueden, en consecuencia, proporcionar información más detallada sobre cómo estimar plazos y planificar actividades. El cronograma ilustra el calendario previsto de las actividades y las fechas límites propuestas.

Se puede argumentar que un cronograma definido es más relevante para los programas estructurados a largo plazo, pero menos en el caso de servicios dirigidos de forma continua por participantes en función de sus necesidades. Sin embargo, los promotores de estos servicios dirigidos por los participantes también deberían tratar de determinar un cronograma, al menos en términos aproximados.

Etapa 3 del proyecto: Formulación del programa – 3.6 Elaboración del cronograma

Estándares básicos:

3.6.1 El programa tiene establecido un cronograma.	
3.6.2 El cronograma:	
<ul style="list-style-type: none"> • Es claro y comprensible. • Es coherente. • Es realista. • Ilustra las secuencias de eventos y acciones. • Distingue entre actividades de intervención, acciones relacionadas con la monitorización y la evaluación, y tareas administrativas. • Ilustra los hitos en el progreso del programa. 	Ejemplos de hitos: Momentos en los que finalizan de las diferentes etapas del proyecto; informes de seguimiento y presentación de datos.
<ul style="list-style-type: none"> • Ilustra los plazos o fechas límite aplicables. 	
3.6.3 El tiempo, la duración y la frecuencia de las actividades son adecuados para alcanzar los objetivos.	Ejemplos de adecuación: El cronograma es adecuado para las necesidades de la población diana; la intensidad de la intervención (por ejemplo, el número de sesiones) es apropiado para el nivel de cambio deseado.

Etapa 3 del proyecto: Formulación del programa – 3.6 Elaboración del cronograma

Estándares avanzados adicionales:

3.6.4 El cronograma:	
<ul style="list-style-type: none"> • Es detallado. • Se presenta de manera visual. 	Ejemplos de presentación visual: Matriz, gráfico, grafica de barras.
3.6.5 El cronograma incluye un periodo de pruebas.	Estándar básico si se requiere de una intervención piloto.
3.6.6 El cronograma incluye un periodo de adaptación.	Estándar básico si se selecciona una intervención existente.

ETAPA CUATRO



DEL PROYECTO

Etapa 4 del proyecto:

Diseño de la intervención



El contenido de las intervenciones, suele estar conformado por directrices, en lugar de estándares de calidad, ya que dicho contenido es específico para las necesidades de la población diana, los fines del programa, etc. Sin embargo, hay algunos aspectos formales que pueden ser generalizables. Estos estándares ayudan en el desarrollo de una nueva intervención así como en la selección y adaptación de intervenciones ya existentes. Los estándares también promueven que se exija una evaluación como parte del diseño de la intervención

4.1 Diseñado con calidad y efectividad: Después de que se planteen los fundamentos de la intervención, se especifican sus pormenores. La planificación de actividades basadas en la evidencia científica que los participantes puedan experimentar como atractivas, interesantes y significativas, es un aspecto importante para lograr las metas y objetivos establecidos. Cuando sea posible, la intervención debe diseñarse como una progresión lógica de actividades que refleje los avances de los participantes durante toda la intervención.

4.2 Si se selecciona una intervención ya existente: Antes de desarrollar una intervención nueva, debe tenerse en cuenta la posibilidad de que ya exista una intervención adecuada, ya sea conocida en su práctica o en alguna publicación. Cuando se vaya a seleccionar una intervención ya existente, se deben considerar diversos aspectos que aseguren que es relevante para las circunstancias particulares del programa (p. ej., ésta aborda las necesidades que se han identificado en la población diana). Entonces la intervención se adaptará para que coincida con la situación específica del programa.

4.3 Adaptación de la intervención a la población diana: Independientemente de si se desarrolla una intervención nueva o se ha adaptado una intervención existente, la intervención debe adaptarse a la población diana, de acuerdo con los resultados de la evaluación de necesidades. Si se utiliza una intervención ya existente, el ajuste a las necesidades de la población diana puede realizarse durante el proceso de adaptación. Adicionalmente, el diseño de la intervención debe incorporar una flexibilidad que permita a los profesionales ajustar la intervención durante la aplicación, sin tener que desviarse del plan original.

4.4 Si se planifican evaluaciones finales: En esta etapa, también debe planificarse el seguimiento y las evaluaciones finales de proceso y de resultados. Un equipo de evaluación debe decidir sobre el tipo de evaluación más apropiado para el programa y definir aquellos indicadores de evaluación que son coherentes con los objetivos. Debe quedar claro qué datos serán recogidos y cómo se recogerán (p. ej., se especifican los momentos e instrumentos de recogida de datos). Cuando se planifica una evaluación de resultados, se debe determinar el diseño de investigación. Al considerar la evaluación en esta etapa, se asegura que los datos requeridos para la monitorización, el seguimiento y las evaluaciones finales estén disponibles convenientemente, cuando sea necesario.

Esta etapa puede llevarse a cabo al mismo tiempo que la gestión y movilización de recursos.

4.1 Diseñado con calidad y efectividad

Una vez que se han planteado los fundamentos de la intervención (véase Etapa 3 del Proyecto: *Formulación del programa*), se diseña la intervención. Un aspecto importante para lograr las metas y objetivos establecidos es que los participantes puedan percibir las actividades planificadas como atractivas, interesantes y propias. Cuando sea posible, la intervención debe diseñarse como una progresión lógica de actividades que refleje los avances de los participantes durante toda la intervención. Los principios éticos de la prevención de las drogodependencias, también deben ser tenidos en cuenta en el diseño de la intervención (ver apartado D: *Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias*).

Los estándares ayudan en el desarrollo de nuevas intervenciones, pero también deben ser considerados al seleccionar y adaptar una intervención ya existente; sin embargo, el que ésta se puede aplicar dependerá del tipo de programa. Por ejemplo, algunos estándares pueden que no sean alcanzables dentro de intervenciones donde los facilitadores no tienen la oportunidad de establecer relaciones a largo plazo con los participantes (p. ej., servicios dirigidos –necesariamente– por los participantes, programas a corto plazo, intervenciones breves, trabajo de divulgación).

Antes de diseñar la intervención, puede ser de gran ayuda consultar en fuentes adecuadas, tales como revisiones sistemáticas sobre la efectividad de las intervenciones (ver 3.5: *Empleo de la evidencia de efectividad*), evaluaciones de resultados y de proceso de programas anteriores (incluyendo intervenciones piloto) y bases de datos de programas modelo (p. ej., los niveles de

calidad 2 y 3 de EDDRA, la base de datos NREPP - ver la sección *Guía adicional*). Esta información mostrará lo que anteriormente ha funcionado bien o no tan bien, cómo se consiguieron los resultados y qué lecciones se pueden aprender para el diseño de la intervención. Este enfoque basado en la evidencia también evita que los promotores realicen actividades que ya hayan mostrado ser ineficaces o que tuvieron efectos iatrogénicos. Cuando se trate de programas relevantes, se puede contactar con los que han implementado u organizado el programa para conocer y aprender de su experiencia de implementación.

Se recomienda investigar si existe ya una intervención adecuada. De ser así, esta intervención existente podría ser adaptada, en vez de desarrollar una nueva intervención. Los estándares en 4.2: *Si se selecciona una intervención ya existente*, guían sobre cómo realizar esta selección. Sin embargo, cuando las intervenciones apropiadas aún no están disponibles, se anima a los que despliegan los programas y a los promotores a diseñar nuevas intervenciones basadas en una revisión de las bases de la evidencia de efectividad.

Etapa 4 del proyecto: Diseño de la intervención – 4.1 Diseñado con calidad y efectividad

Estándares básicos:

4.1.1 El contenido de la intervención sigue recomendaciones de buenas prácticas basadas en la evidencia.

4.1.2 Se describe el enfoque científico utilizado y, cuando es posible, se describe detalladamente.

Ejemplo de evidencia: Se proporcionan citas para probar la base de la evidencia de la intervención.

4.1.3 El programa promueve relaciones positivas con los participantes.

Es decir, las relaciones entre los miembros del personal y los participantes están marcadas por la reciprocidad, la asociación y el respeto mutuo.

4.1.4 El programa valora las experiencias de los participantes y reconoce sus (difíciles) realidades.

4.1.5 El programa es respetuoso e inclusivo.

Ejemplo de aspectos a considerar: Género, cultura, necesidades de alfabetización, discapacidad, diferencias socioeconómicas.

4.1.6 Se define cómo será el final de la intervención.

Nota: El éxito de la intervención generalmente significará que, al finalizar ésta, los participantes han alcanzado los objetivos definidos. No obstante, es posible que no siempre se alcancen los objetivos, por lo que es importante establecer otros medios mediante los cuales, los promotores y los participantes, sabrán que la intervención se ha completado. Por lo tanto, el éxito debe definirse también en la planificación en el nivel de implementación (es decir, la intervención se ha llevado a cabo como estaba prevista). Además, los objetivos pueden no referirse a los participantes individualmente, sino al grupo de participantes (p. ej., para disminuir el número de jóvenes que informan del consumo de cocaína). Por lo tanto, también es importante definir la terminación de la intervención a nivel individual del participante (p. ej., si los participantes deben recibir un certificado de participación). La definición de la terminación debe ser apropiada al tipo de intervención (p. ej., los servicios dirigidos por los participantes –para cubrir sus necesidades- requerirían una definición diferente de los programas con manuales estructurados).

Ejemplos de aspectos que hay que especificar:

- A cuántas sesiones se puede faltar al comienzo de la intervención (p. ej., los participantes deben comenzar la intervención a más tardar en la tercera sesión de la intervención).
- A cuántas sesiones deben asistir los participantes para completar la intervención; y cuántas ausencias serán toleradas.
- Cuándo y cómo los participantes pueden compensar las ausencias (p. ej., mediante asignación de tareas adicionales, visitas del personal).
- Si hay elementos obligatorios en la intervención (UNODC, 2009a: 37).

Etapa 4 del proyecto: Diseño de la intervención – 4.1 Diseñado con calidad y efectividad

Estándares avanzados adicionales:

<p>4.1.7 El programa refleja un enfoque integral hacia la salud y la socialización. Por lo tanto:</p>	<p>Es decir, explica la naturaleza biopsicosocial de las necesidades relacionadas con las drogas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Se enfoca hacia diferentes aspectos de la vida de un individuo y trabaja en múltiples áreas de la vida. 	<p>Ejemplos de aspectos a considerar: Bienestar mental, comportamientos sociales.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Consta de varios componentes y utiliza una variedad de metodologías. 	<p>Ejemplos de áreas de la vida: Escuela, familia, comunidad.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Debe estar integrado en la comunidad, cuando corresponda. 	<p>Ejemplos de diferentes componentes: Suministro información, desarrollo de habilidades sociales y emocionales, cambio estructural (p. ej., leyes), provisión de servicios (p. ej., asesoramiento).</p>
<p>4.1.8 El programa refleja la progresión. Por lo tanto:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Está diseñado como un proceso continuo a largo plazo. 	<p>Es decir, sigue a los participantes durante un período largo de sus vidas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta gradualmente su intensidad. 	<p>Ejemplo de evidencia: Indica itinerarios de progresión basados en el crecimiento del repertorio de habilidades y conocimientos de los participantes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ofrece diferentes intervenciones o versiones a medida que los participantes progresan y la progresión a través de las diferentes fases refleja coherencia, continuidad y lógica. 	<p>Es decir, con el tiempo se logran cambios más significativos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Identifica nuevas oportunidades de aprendizaje para los participantes después de la intervención. 	<p>Ejemplo de aplicación: Dispone de diferentes intervenciones a medida que los niños maduran.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Se repite con los participantes después de un período de tiempo determinado. 	<p>Estándar básico si la base de evidencia propone que la repetición es importante para la efectividad.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ejemplo: Sesiones de refuerzo en los enfoques basados en la capacitación en habilidades para la vida. 	
<p>4.1.9 El programa ayuda a los participantes a descubrir y entender sus propios recursos. Por lo tanto:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Está positivamente dirigido hacia las fortalezas de los participantes y pone de relieve las alternativas a las decisiones poco saludables. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Apoya a los participantes en el cuidado de su propia salud. 	<p>Ejemplo de la meta correspondiente: Desarrollar conocimientos prácticos sobre la propia salud (alfabetización sobre salud).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Se establece en un clima positivo para la promoción de la salud. 	
<p>Nota: "Clima" se refiere a cómo el proveedor del recurso (p. ej., el servicio de drogodependencias) es experimentado por los participantes y miembros del personal (es decir, su "carácter" o atmósfera). Estos se expresan en aspectos como las normas, metas, valores, relaciones interpersonales y estructuras organizacionales vigentes (CCSA, 2009). La organización debe aspirar a ser, por ejemplo, amistosa, abierta, capaz de proporcionar apoyo, atractiva.</p>	

Etapa 4 del proyecto: Diseño de la intervención – 4.1 Diseñado con calidad y efectividad

Estándares avanzados adicionales (cont.):

<ul style="list-style-type: none"> Fortalece y reconoce la práctica cultural tradicional, cuando proceda. 	
	<p>Propósito: Apoyar los fines de la prevención de drogodependencias mediante el desarrollo de la confianza de los participantes y el fomento de la participación en actividades comunitarias (UNODC, 2004).</p> <p>Nota: A menudo, la cultura tradicional practicada promueve algunos tipos de consumo de drogas mientras que prohíbe otros. Esto puede estar en desacuerdo con la vida cotidiana de algunos participantes y/o los objetivos de la intervención. La intervención no debe promover el consumo de drogas, pero su importancia cultural debe ser reconocida y la intervención adaptada en consecuencia.</p>
<p>4.1.10 El programa se basa en relaciones positivas con los participantes. Esto incluye:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Los miembros del personal pasan tiempo en el entorno con la población diana. 	<p>Nota: La composición del equipo de campo dependerá de la población diana (p. ej., profesionales, iguales).</p>
<ul style="list-style-type: none"> La población diana tiene la oportunidad de familiarizarse con la organización y los miembros de su personal. 	<p>Ejemplo de proveedor: Servicio de drogodependencias.</p>
<ul style="list-style-type: none"> La relación con la población diana es estable. 	
<ul style="list-style-type: none"> Es apropiado que los participantes experimenten la intervención como significativa, productiva y relevante. 	
<ul style="list-style-type: none"> El programa reconoce a las personas que son importantes para la comunidad. 	<p>Ejemplo de personas importantes: Líderes comunitarios.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Los miembros de la familia o personas cercanas a la población diana son consultados o participan en las actividades, cuando proceda. 	<p>Ejemplo de los miembros de la familia: Padres de niños en edad escolar.</p>
<ul style="list-style-type: none"> El programa involucra a grupos excluidos y/o marginados. 	
<ul style="list-style-type: none"> Es conveniente que los miembros del personal sean aceptados por la población diana. 	
<p>4.1.11 Es apropiado que se asegure la participación de los destinatarios en las actividades. Por lo tanto:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Es conveniente que sean atractivas y agradable para los participantes. 	
<ul style="list-style-type: none"> Están diseñadas de una manera imaginativa e innovadora. 	<p>Ejemplo de fuentes de innovación: Se identifican las deficiencias de otras actividades, utilizando modelos de fuera del campo de la prevención de las drogodependencias, basados en la experiencia.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Están equilibradas las actividades participativas y las educativas. 	
<ul style="list-style-type: none"> Proporcionan oportunidades para que tengan actividades individuales y de grupo. 	<p>Nota: Se debe considerar el historial de trabajo grupal de los participantes, y realizarse la capacitación necesaria en habilidades de trabajo grupal.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Se fomenta la participación activa. 	<p>Ejemplo de participación: Se brinda a los participantes la oportunidad de ejercer el liderazgo y expresar opiniones, por ejemplo dirigiendo un grupo de discusión, organizando un pequeño evento, siendo un líder de iguales.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Están orientadas hacia los participantes y son flexibles a sus necesidades. 	

4.2 Si se selecciona una intervención ya existente

No siempre es necesario o factible diseñar una intervención nueva. En su lugar, puede ser más efectivo y eficiente adaptar una intervención ya existente que aborde las necesidades identificadas (véase Etapa 1 del proyecto: *Evaluación de necesidades*). La adaptación de las intervenciones existentes reduce la duplicación de esfuerzos al hacer uso de los conocimientos existentes sobre "lo que funciona" en la prevención de drogodependencias. La replicación también es importante desde el punto de vista científico, ya que prueba si los resultados previamente encontrados se pueden repetir. Si la implementación se lleva a cabo bajo nuevas circunstancias, también comprueba si las afirmaciones sobre la efectividad de la intervención pueden generalizarse (p. ej., a una población destinataria o contexto diferentes).

Los promotores pueden obtener información sobre las intervenciones existentes en las bases de datos y otras recopilaciones de modelos de intervenciones (p. ej., los niveles de calidad 2 y 3 de EDDRA, la base de datos NREPP- ver la sección *Guía adicional*). Las bases de datos online ofrecen la posibilidad de filtrar las intervenciones de acuerdo con criterios específicos de búsqueda (p. ej., por población diana), de modo que se puedan identificar las intervenciones más apropiadas para las circunstancias particulares del nuevo programa. Una intervención ya existente sólo debe elegirse si se "ajusta" bien a las circunstancias locales del programa. En consecuencia, los estándares de este componente describen los factores que deben tenerse en cuenta al elegir una intervención ya existente a partir de una gama de opciones. La intervención seleccionada también debe estar en consonancia con las normas del apartado 4.1: *Diseñado con calidad y efectividad*. Además, puede ser útil considerar cómo la estructura propuesta, el contenido y la implementación de la intervención coinciden con los requisitos del nuevo programa (NIDA, 2003). Así mismo, los Estándares de Evidencia de los Estados Unidos se pueden utilizar para determinar la calidad de las intervenciones existentes (Flay et al., 2005).

Las consultas que se hicieron para el desarrollo de los estándares, indicaron que en muchos países no existen medidas suficientes para proteger los derechos de autor de los profesionales que elaboran los programas. Se informó que, a veces, los promotores utilizan intervenciones sin reconocer o remunerar a los autores originales, violando así los derechos del autor. Por lo tanto, los estándares incluyen el requisito de remunerar al autor o autores de la intervención original. Cuando las intervenciones no son gratuitas, los promotores deben respetarlo y comprar la licencia de intervención y los materiales que se requieran. En consecuencia, estos costes deben ser considerados en la planificación económica y pueden limitar la elección a programas asequibles. Sin embargo, los autores de los programas, a petición de los promotores, pueden ofrecer un paquete más económico (p. ej., utilizando materiales menos costosos) (véase 5.2: *Planificación de las necesidades de financiación* y 5.5: *Preparación de los materiales del programa*).

Cuando se utiliza una intervención ya existente, se corre el peligro de implementar sus actividades y aplicar sus premisas (p. ej., el modelo teórico), sin tener en cuenta los hallazgos de la evaluación de necesidades y las particularidades de la formulación del programa. Por lo tanto, el componente describe la necesidad de adaptación. La adaptación consiste en realizar cuidadosos cambios intencionales y planificados, a la intervención original antes de su implementación, para asegurar que sea apropiada para las circunstancias particulares del programa (p. ej., las necesidades de la población diana) y para mantener o aumentar su eficacia. Todos los cambios deben estar bien justificados y mantenerse al mínimo para no afectar la calidad o la eficacia de la intervención. Los elementos básicos de la intervención original deben ser identificados y preservados tanto como sea posible (NIDA, 2003; CSAP, 2002).

Puede que no sea apropiado utilizar una intervención ya existente, si las intervenciones pertinentes aún no están disponibles o si las guías originales se deben desarrollar y ensayar. En tales casos, los autores del programa y los promotores pueden diseñar una nueva intervención basada en una revisión de la evidencia (ver 3.5: *Empleo de la evidencia de efectividad* y 4.1: *Diseñado con calidad y efectividad*). Los estándares de este componente sólo se aplican si se utiliza una intervención existente.

Los estándares contenidos en el apartado 4.3: *Adaptación de la intervención a la población diana*, proporcionan orientación sobre qué aspectos considerar al adaptar la intervención. Se puede encontrar más información sobre cómo seleccionar y adaptar culturalmente los programas, por ejemplo, en los manuales "*Logrando Resultados*" – "*Achieving Outcomes*"- (CSAP, 2002) y "*Guía para implementar programas de aprendizaje de habilidades para la prevención familiar del abuso de drogas*" – "*Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention*"- (UNODC, 2009a), en los que estos estándares también se han basado.

Etapa 4 del proyecto: Diseño de la intervención – 4.2 Si se selecciona una intervención ya existente
Estándares básicos, si se selecciona una intervención existente:

<p>4.2.1 En la selección de las intervenciones existentes se consideran los siguientes factores:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Los beneficios y las desventajas de la intervención, incluidos los posibles efectos negativos (iatrogénicos) de ésta; 	<p>Nota: La naturaleza y el riesgo de los resultados no deseados deben ser previstos, y la intervención rechazada si los riesgos son demasiado altos o los resultados no deseados demasiado severos.</p> <p>Ejemplos de aspectos a tener en cuenta: Beneficios y desventajas posibles para el organizador, para los participantes y para cualquier otra parte interesada relevante.</p> <p>Véase también D: <i>Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias</i>.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • El equilibrio entre la posible adaptación y la fidelidad. 	
<ul style="list-style-type: none"> • La viabilidad de la intervención. 	<p>Es decir, si las actividades propuestas en la intervención existente pueden implementarse.</p> <p>Ejemplos: Los recursos económicos y el conocimiento sobre los métodos son suficientes; los métodos no son demasiado complejos.</p>
<p>4.2.2 Está determinado el ajuste de la intervención a las circunstancias locales. Esto incluye:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Los resultados logrados corresponden a las metas y objetivos deseados del programa previsto. 	
<ul style="list-style-type: none"> • La intervención ya existente del programa previsto es adecuada para el contexto elegido. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Son similares las condiciones subyacentes encontradas en la evaluación de necesidades. 	<p>Ejemplo: Similares necesidades de la población diana, similares factores de riesgo y de protección.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Los recursos necesarios coinciden con los recursos disponibles. 	

Etapa 4 del proyecto: Diseño de la intervención – 4.2 Si se selecciona una intervención ya existente
Estándares básicos, si se selecciona una intervención existente (cont.):

4.2.3 Se especifican los autores de la intervención o el programa original.	
4.2.4 La intervención existente ha sido adaptada:	
<ul style="list-style-type: none"> • Sistemáticamente. • Al considerar las diferencias entre las circunstancias originales de la intervención y las reales. • Entendiendo el modelo teórico subyacente a la intervención original. • Considerando el equilibrio entre adaptación y fidelidad. • Respecto a los recursos disponibles. 	<p>Es decir, está garantizada la fidelidad a la intervención basada en la evidencia.</p> <p>Nota: Atender a los recursos no deben anular la importancia de la fidelidad, cuando el ahorro en recursos puede tener un impacto en la calidad o efectividad de la intervención.</p>
4.2.5 Se explicita el nivel de adaptación.	Es decir, está documentado qué elementos se han cambiado.

Etapa 4 del proyecto: Diseño de la intervención – 4.2 Si se selecciona una intervención ya existente
Estándares avanzados adicionales:

4.2.6 Se ha tenido en cuenta la realización de un estudio para replicar una intervención existente.	Ejemplos de tipos de replicación: Adaptación de una intervención existente con condiciones iguales o diferentes, como diferentes poblaciones diana, diferentes empleados o diferentes modos de implementar la intervención.
4.2.7 En la selección de las intervenciones existentes se consideran los siguientes factores:	
<ul style="list-style-type: none"> • El nivel de evidencia de efectividad. 	<p>Es decir, la efectividad de la intervención está suficientemente probada o al menos indicada.</p> <p>Nota: Se debe dar preferencia a la intervención con el mayor nivel de evidencia de efectividad, por ejemplo a aquellas con mayores efectos.</p> <p>Orientación adicional: La efectividad se puede determinar usando los Estándares de Evidencia de los EE. UU. (Flay et al., 2005).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Si la intervención ha sido acreditada o si se le ha otorgado el estatus de "modelo". 	Es decir, se da preferencia a las intervenciones acreditadas o modelo.
4.2.8 Los modelos teóricos son compatibles.	Estándar básico si se utiliza un modelo teórico.
4.2.9 Se consulta a un evaluador cualificado para realizar la selección, cuando sea necesario.	
4.2.10 Se detallan las organizaciones anteriores que implementaron la intervención.	
4.2.11 Se crea un equipo para la "adaptación cultural".	

Etapas del proyecto: Diseño de la intervención – 4.2 Si se selecciona una intervención ya existente

Estándares avanzados adicionales (cont.):

4.2.12 El equipo, para la adaptación cultural, incluye:	
<ul style="list-style-type: none"> • Al que ha desarrollado el programa (o un representante). • Un traductor, si es necesario. • Representantes del equipo de evaluación o de un instituto de investigación. • Representantes de la comunidad, cuando proceda. • Representantes de la población diana. • Miembros del personal, cuando proceda. • Un representante del organismo financiador, cuando corresponda. 	Nota: Incluidos voluntarios, etc.
4.2.13 Las traducciones son dirigidas por un traductor profesional.	Ejemplo: Traducciones de materiales para la intervención.
4.2.14 Se tienen en cuenta las "lecciones aprendidas" en programas y adaptaciones similares anteriores.	
4.2.15 Se adapta la intervención existente:	
<ul style="list-style-type: none"> • Mínimamente al principio. 	Es decir, la adaptación se realiza por etapas. Por ejemplo, en la primera etapa sólo se adaptan el lenguaje, las imágenes y los ejemplos.
<ul style="list-style-type: none"> • Identificando y conservando los elementos esenciales de la intervención original. 	
	Es decir, los elementos esenciales no se cambian.
	Estándar básico si la investigación sobre los elementos esenciales se ha realizado y está disponible.
	Ejemplos de posibles elementos esenciales: Modelo teórico; número de líderes de grupo recomendados; número, tipo y duración de las sesiones; secuencia de sesiones; mensajes clave, temas, información; mediadores específicos; estrategias.
<ul style="list-style-type: none"> • Se consulta con el que ha desarrollado el programa, si ha sido necesario. 	Nota: esto podría hacerse por teléfono, correo electrónico o videoconferencia.

4.3 Adaptación de la intervención a la población diana

Independientemente de si se desarrolla una nueva intervención o se elige una intervención existente, la intervención debe adaptarse a las necesidades específicas del programa. Por ejemplo, las actividades o materiales de la intervención pueden modificarse para adaptarse mejor a las necesidades de la población diana. El propósito de esto es mantener o aumentar la efectividad de la intervención; no debe confundirse con la prestación de un «trato especial» a determinados grupos (ONUDD, 2004). Si se utiliza una intervención ya existente, se puede realizar la adaptación como parte del proceso de ajuste, manteniendo al mismo tiempo el equilibrio entre adaptación y fidelidad (véase 4.2: *Si se selecciona una intervención ya existente*).

La sensibilidad cultural constituye una competencia esencial para el personal (véase componente C: *Capacitación del personal*). La sensibilidad cultural describe la disposición y la capacidad de los miembros del personal para comprender la importancia de la cultura, apreciar la diversidad cultural, responder eficazmente a las necesidades culturalmente definidas e incorporar consideraciones culturales en todos los aspectos del trabajo preventivo. La cultura, como el conjunto de valores, creencias, comportamientos compartidos, etc., que caracterizan a un grupo social particular, puede ser relevante de diversas maneras. Por ejemplo, puede referirse a las diferentes expectativas de, y hacia, las personas según su edad o género, lo que puede influir en sus expectativas hacia los miembros del personal, las creencias sobre los riesgos del consumo de drogas, etc. Es importante reconocer que puede haber diferentes tipos de culturas (p. ej., cultura étnica, cultura juvenil, cultura de la pobreza).

La sensibilidad cultural asegura que la intervención sea atractiva y, por lo tanto, probablemente más efectiva con la población diana. La falta de sensibilidad cultural puede ser una barrera para captar y retener a los participantes (ver 5.4: *Captación y retención de los participantes*). Por ejemplo, los carteles dentro del lugar de intervención y los materiales de la intervención deben ser fácilmente entendidos por la población diana y el contenido de la intervención debe ser culturalmente relevante (p. ej., están al corriente del conocimiento de las normas y prácticas culturales relacionadas con las drogas). Algunas prácticas culturales pueden estar en conflicto con los principios éticos de la prevención de las drogodependencias y con la base en la evidencia (p. ej., prácticas que promueven patrones dañinos de consumo de drogas, discriminación y exclusión) (ver componente D: *Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias*; apartado 3.5 *Empleo de la evidencia de efectividad*). En tales casos, se debe considerar cuidadosamente cómo se pueden abordar estas prácticas como parte de la intervención. Las diferencias individuales dentro de los grupos también deben ser respetadas. Por ejemplo, la 'cultura' puede no ser igual de importante para todos los miembros de la población diana, y un exceso de énfasis en la cultura puede alejar a algunos de ellos. Se puede encontrar más información sobre cómo considerar la etnicidad cuando se planifican los programas, por ejemplo, en el manual "*Prevención del abuso de drogas entre jóvenes de minorías de origen étnico e indígena (-Drug abuse prevention among youth from ethnic and indigenous minorities-UNODC, 2004)*).

Al adaptar la intervención a la población diana, no es suficiente confiar en suposiciones sobre esta población destinataria. Las modificaciones deben basarse en los hallazgos de la evaluación de necesidades (véase 1.4: *Conocimiento sobre la población diana*) y, cuando sea posible, los miembros de la población diana deben participar activamente en el diseño y la adaptación de la intervención (véase B: *Comunicación y participación de los grupos de interés*).

La intervención debe adaptarse todo lo posible antes de su aplicación. El diseño de la intervención también debe incorporar flexibilidad adicional, que permita a los profesionales ajustar la intervención durante la implementación sin tener que desviarse del plan original (por ejemplo, proporcionando una gama de opciones para las actividades, describiendo cómo se puede cambiar el orden de las actividades para satisfacer las necesidades diarias de los participantes). Al incorporar este nivel de flexibilidad en el diseño de la intervención, se puede reducir la probabilidad de que las modificaciones no planificadas se realicen espontáneamente durante la implementación (ver 6.4: *Adaptación de la implementación*).

Etapa 4 del proyecto: Diseño de la intervención – 4.3 Adaptación de la intervención a la población diana
Estándares básicos:

4.3.1 El programa es adecuado y se adapta a sus circunstancias específicas, con respecto a:

- Las necesidades de los participantes.
- El contexto elegido.
- El entorno operativo.

Es decir, la organización o comunidad receptora en la que la intervención tendrá lugar.

- La edad de los participantes y su etapa de desarrollo.

Ejemplos: niños, adultos jóvenes, personas mayores.

- El sexo de los participantes.

- El género de los participantes.

- La cultura de los participantes.

Es decir, el programa incorpora indiscutiblemente la sensibilidad cultural.

4.3.2 Los elementos para adaptar incluyen:

- El idioma.

Nota: Esto incluye la comunicación escrita y oral.

Ejemplos: Se consideran las traducciones y los intérpretes, el multilingüismo del personal, los términos de argot utilizados por la población diana (p. ej., el nombre específico de una droga), paneles y carteles de información en las instalaciones, herramientas para el seguimiento y la evaluación.

- Las actividades y métodos de presentación.

- Los mensajes de la intervención.

Ejemplos: Los mensajes contenidos en películas, puntos de discusión, estado legal de drogas, normativa, canciones, cuentos, bailes.

- La duración, frecuencia y ritmo de la intervención.

- El número de participantes por actividad.

Etapa 4 del proyecto: Diseño de la intervención – 4.3 Adaptación de la intervención a la población diana

Estándares avanzados adicionales:

4.3.3 El programa es adecuado y se adapta a sus circunstancias específicas, con respecto a:

- Los factores de riesgo y protección que se han identificado.
- Las normas y valores de los participantes.
- La situación socioeconómica de los participantes.
- La zona geográfica.
- Cualquier otra característica pertinente de la población diana.
- Las diferencias entre los participantes.

Estándar básico si se realizó un análisis de los factores de riesgo y de protección.

4.3.4 Los materiales para la intervención se adaptan a la población diana.

Estándar básico si se utilizan materiales para la intervención (p. ej., manuales, sitios web).

Ejemplos: adaptación de los diseños, símbolos específicos, imágenes en los manuales.

4.4 Si se planifican evaluaciones finales

La evaluación es un aspecto integral del trabajo preventivo de calidad. Sin evaluación, es imposible saber si la intervención ha funcionado según lo previsto: ¿Es efectiva para producir los resultados deseados en los participantes?, ¿produce algún resultado no deseado?, ¿cumple con las metas y objetivos establecidos? (ver 3.3: *Definición de fines, metas y objetivos*), ¿cómo ven los participantes y el personal la calidad y relevancia de la intervención? Los promotores pueden sentirse preocupados de que las evaluaciones muestren las debilidades en su programa. Sin embargo, la evaluación debe ser vista como una oportunidad para que los promotores entiendan, mejoren y presenten mejor su programa. Los datos de la evaluación ayudan a determinar si un programa debe continuar y cómo podría mejorarse (ver Etapa 8 del Proyecto: *Difusión y mejora*).

Este componente se centra en la evaluación de resultados como la forma de valorar si se han alcanzado los objetivos y metas, y en la evaluación de proceso como un medio para comprender cómo se lograron o, en algunos casos, cómo no se alcanzaron. Es importante distinguir estos dos tipos de evaluación, ya que sirven para propósitos diferentes y utilizan diferentes tipos de datos. También hay otros tipos de evaluaciones que podrían ser relevantes para el programa, aunque sobre éstos no se ha hablado en los estándares (véase Uhl et al., 2010). Los estándares sobre la evaluación de resultados en el diseño de la investigación en este componente, se basan principalmente en los Estándares de Evidencia de los EE.UU. (Flay et al., 2005).

La evaluación de resultados valora la efectividad de una intervención para producir los resultados esperados, es decir, los cambios en los participantes de acuerdo con las metas y los objetivos. Como requisito mínimo, los datos de los resultados de los participantes (p. ej., sobre consumo de drogas) se recogen al principio («pre-test») y al final de la intervención («post-test») (véase la Figura 6). El progreso de la intervención se mide comparando los datos del post-test con los datos del pre-test, para ver si hubo cambios significativos en los participantes entre el comienzo y el final de la intervención. Si la evaluación está diseñada como un ensayo controlado aleatorio, es posible atribuir los cambios observados a la intervención (es decir, asumir que los cambios fueron causados por la intervención). Se pueden distinguir diferentes tipos de diseños de evaluación, incluyendo el diseño no experimental, el diseño cuasi experimental y el ensayo controlado aleatorio.

La evaluación de proceso documenta y analiza los resultados (p. ej., qué actividades se llevaron a cabo, con quién y por quién). Los datos del proceso se recogen a lo largo de la implementación del programa (p. ej., como parte de la monitorización), y se analizan después de la intervención, como reflejo del programa y para entender cómo se puede mejorar. Los aspectos a considerar incluyen: la extensión y cobertura (es decir, ¿representaron los participantes a la población diana en toda su extensión?); la aceptación por parte de los participantes de la intervención (p. ej., la idoneidad del contenido y de los materiales de la intervención); la fidelidad (es decir, ¿la intervención se llevó a cabo de acuerdo con la planificación? y, si se eligió una intervención existente ¿fue la implementación lo suficientemente fiel a la intervención original basada en la evidencia?); el uso de los recursos (p. ej., rentabilidad o coste-efectividad). Estos aspectos también se tienen en cuenta durante la implementación como parte de la monitorización, para asegurar que la implementación tenga una alta calidad (ver 6.3: *Monitorización de la implementación*).

Actualmente, es más común que se realicen evaluaciones de proceso que evaluaciones de resultados. Sin embargo, si el promotor desea entender qué efectos tuvo la intervención en los participantes, las evaluaciones de proceso no pueden reemplazar a las evaluaciones de resultados (p. ej., la satisfacción del participante no es un indicador adecuado de la efectividad de la intervención).

A pesar de que las evaluaciones de proceso no se llevan a cabo hasta después de que la intervención haya sido completada (ver la Etapa 7 del Proyecto: *Evaluaciones finales*), es importante planificarlas en esta etapa. Al hacerlo, la evaluación se integra en el diseño de la intervención. Esto asegurará que todos los datos y recursos relevantes para la evaluación estén disponibles en los momentos en los que sean necesarios.

El primer estándar dentro de este componente, establece que se debe determinar el tipo de evaluación más apropiado. Desde un punto de vista científico, todas las intervenciones deben ser evaluadas para comprender lo que hace que las intervenciones de prevención de drogodependencias sean efectivas. Sin embargo, en realidad existen muchas barreras que pueden impedir evaluaciones exhaustivas. Los expertos consultados que facilitaron información para el desarrollo de estos estándares, incluyeron como barreras comunes: los costes asociados con una evaluación de resultados de calidad (p. ej., en relación con la recogida y análisis de los datos), la falta de recursos económicos (p. ej., sólo hay disponibilidad de fondos para la intervención, pero no para las evaluaciones), la falta de recursos humanos (p. ej., con experiencia necesaria para llevarlas a cabo), la falta de soporte técnico (p. ej., para la recogida y análisis de los datos) y la viabilidad práctica (p. ej., empleando diseños de investigación experimental en servicios de salud y sociales dirigidos por los participantes, realizando mediciones de seguimiento a largo plazo). La mayoría de estas barreras conciernen tanto a las evaluaciones de proceso como de resultados, aunque algunas son de particular importancia para las evaluaciones de resultados. Además, el cambio de los enfoques basados en la información a los enfoques basados en las habilidades, y el enfoque posterior basado en los cambios de conducta (en lugar de la adquisición de conocimientos), se han sumado a la complejidad de las evaluaciones de resultados. Sin embargo, los expertos destacaron la importancia de estos estándares, argumentando que en Europa se necesitan urgentemente evaluaciones de calidad, para mejorar la prevención de las drogodependencias basada en la evidencia.

En consecuencia, el tipo de evaluación que se desarrolle deberá corresponderse con los recursos con los que cuente (probablemente) el promotor. Las evaluaciones de resultados y de procesos siempre se deben realizar como parte de programas a gran escala (p. ej., los diseñados para demostrar la eficacia o efectividad de ciertos enfoques, los que reciben un gran apoyo gubernamental o se implementan en todo el país). Los ensayos controlados aleatorios son el diseño preferido para tales evaluaciones, ya que producen evidencia de la más alta calidad; otras formas de evaluación, sólo deben considerarse, si éstos no son factibles. En el caso de programas a pequeña escala con recursos limitados, se debe realizar una evaluación de proceso para obtener información importante sobre la calidad del programa y valorar si se debe llevar a cabo una evaluación de resultados (ver Componente 8.1: *Se determina si el programa debe ser mantenido*). Además, se deben considerar formas de evaluación de resultados que requieran menos recursos (p. ej., un diseño no experimental con mediciones antes y después de la intervención, evaluaciones rutinarias simples que utilizan sólo unos pocos indicadores).

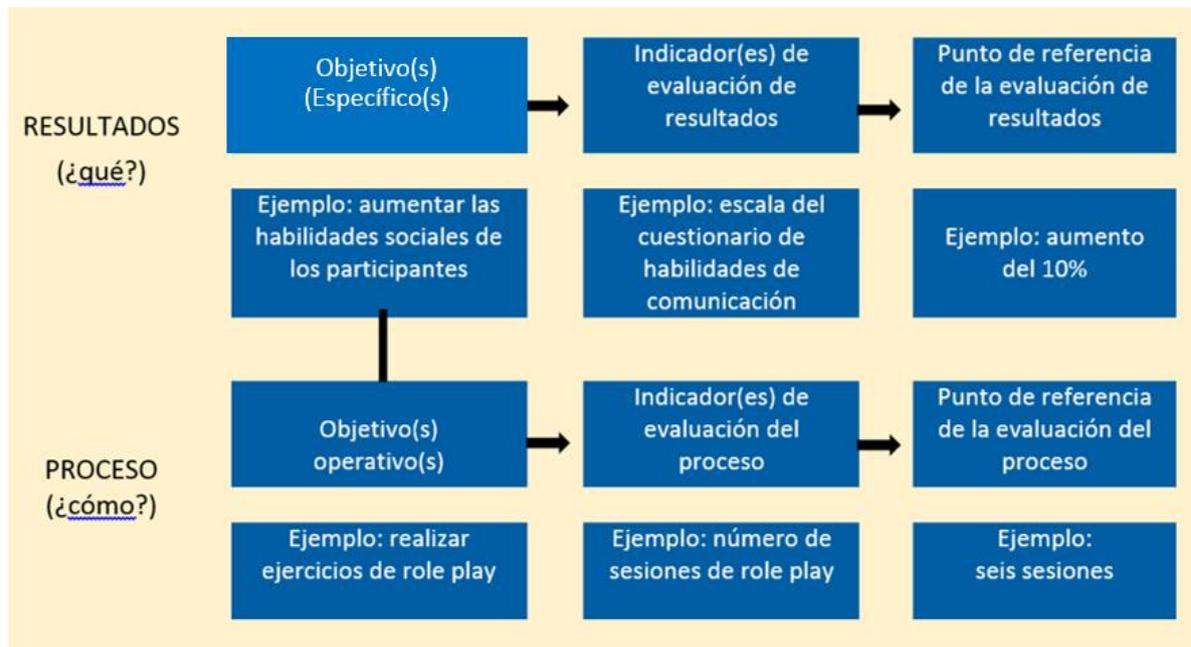
También es importante decidir si las evaluaciones deben ser "internas" o "externas", es decir, si deben ser realizadas por una persona o un equipo que trabaje dentro de la organización o por una organización externa (p. ej., una universidad, una empresa asesora). Hay ventajas y desventajas en ambas propuestas. Por ejemplo, un evaluador externo puede ser más caro, pero tener más experiencia y ser capaz de hacer un juicio más objetivo; un evaluador interno puede tener un mejor acceso a fuentes informales de información, pero no contar con el tiempo y el conocimiento para realizar una evaluación. El uso de evaluadores internos también introduce un elemento de sesgo, ya que el evaluador puede desear describir la organización y los resultados de sus actividades de una manera más positiva. Una persona o un equipo externo, generalmente se consideran más adecuados para realizar evaluaciones de resultados, mientras que los miembros del personal interno puede ser más adecuado para llevar a cabo evaluaciones de seguimiento y proceso (OEDT, 2010).

Una vez que se ha decidido la forma más apropiada de evaluación, se definen los indicadores de evaluación y los puntos de referencia. Los indicadores de evaluación aclaran qué información específica (datos de resultados y/o de proceso) debe recogerse antes, durante y después de la implementación de la intervención. Los indicadores de proceso se derivan de los objetivos operativos y se refieren a la implementación del programa, mientras que los indicadores de resultados se derivan de las metas (objetivos generales) y objetivos específicos y se refieren a los cambios en los participantes (ver 3.3: *Definición de fines, metas y objetivos*). Dependiendo de las metas (objetivos generales) y objetivos específicos, los resultados pueden no enfocarse en el uso de drogas sino en otros aspectos en concordancia con las necesidades identificadas y el modelo teórico (3.2: *Utilización de un modelo teórico que sustente la intervención*).

Los indicadores elegidos deben ser válidos, es decir, apropiados para el concepto que pretenden medir ("validez de constructo"). Por ejemplo, un instrumento puede medir con precisión las actitudes de los participantes hacia el consumo de drogas; sin embargo, las actitudes hacia el uso de drogas pueden no ser un indicador válido para el consumo real de drogas en etapas posteriores de la vida. La validez de constructo puede ser establecida con referencias al modelo teórico y a la literatura científica existente. Además, como los indicadores son sólo aproximaciones de conceptos complejos, es común usar varios indicadores.

También se debe definir un punto de referencia de evaluación para cada indicador. Este punto de referencia define el logro en ese indicador en términos numéricos o, cuando esto no es posible, en términos descriptivos. Dicho punto de referencia de evaluación podría especificar, por ejemplo, que un aumento promedio del 10% en las habilidades sociales, medido a través de un cuestionario, representaría un éxito de la intervención. En una evaluación, se pueden tomar como referencia diferentes medidas o puntuaciones para calificar el éxito de una implementación, por ejemplo: considerar un incremento del 5% como un logro mínimo, un incremento del 10% como realista, y uno del 15% como óptimo. Para definir un punto de referencia, es útil saber cuál es el valor actual del indicador respectivo (p. ej., la puntuación de los participantes antes de la intervención) y qué logros se pueden esperar razonablemente durante el curso de la intervención (OMS, 1998). Se deberán formular puntos de referencia distintos para evaluaciones de resultados, así como para los indicadores de evaluación de proceso. La Figura 5 ilustra las relaciones entre objetivos específicos y operativos, indicadores de evaluación y puntos de referencia de las evaluaciones.

Figura 5: Conexión entre objetivos específicos y operativos, indicadores de evaluación y puntos de referencia



Por consiguiente, se debe proporcionar la siguiente información para cada meta (objetivo general) y objetivo (específico) para facilitar el seguimiento –monitorización– y la evaluación de los resultados: plazo en el que se alcanzará la meta u objetivo, población diana, indicador de evaluación de resultados con un punto de referencia definido (línea base) y detalles sobre la medición (p. ej., instrumento de evaluación, calendario de recogida de datos). Para ayudar a monitorizar y evaluar el proceso de la intervención, se debe proporcionar la siguiente información para cada objetivo operativo: Rendimiento requerido para alcanzar el objetivo específico, calendario dentro del cual se logrará el objetivo operacional, indicador de evaluación del proceso con una puntuación de referencia definida. Los siguientes ejemplos ilustran cómo se podrían formular los fines, metas y objetivos.

Fin (ejemplo): Ayudar a los participantes a adoptar un estilo de vida saludable.

Meta -Objetivo general- (ejemplo): Reducir el número de jóvenes que informan el uso cocaína en el mes anterior al finalizar una intervención de 12 meses. Indicador de la evaluación/punto de referencia de la evaluación: Reducción del 25% en el número de participantes que informaron el uso de cocaína en el mes anterior, en comparación con los datos de partida. Recogida de datos: El consumo de drogas auto-declarado se medirá utilizando una escala ya existente al principio de la intervención, después de seis meses y al final de la intervención.

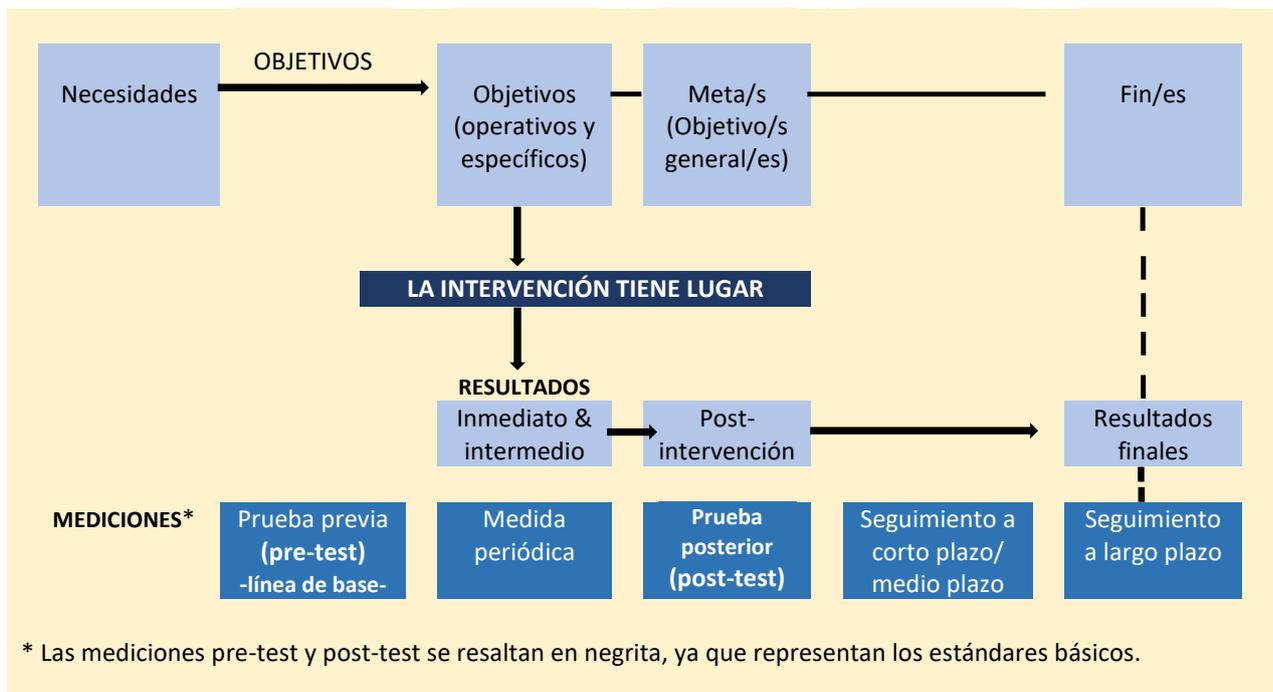
Objetivo específico (ejemplo): Aumentar las habilidades sociales de los participantes al final de los primeros 6 meses de la intervención. Indicador de evaluación: Asertividad y habilidades de comunicación como indicadores de habilidades sociales. Punto de referencia para la evaluación: Aumento promedio del 10% en la escala de "Asertividad" y aumento promedio del 15% en la escala de "Habilidades de comunicación" en comparación con los datos de partida. Recogida de datos: Los cuestionarios, que utilizan escalas validadas existentes, se administrarán al inicio de la intervención, después de seis meses y al final de la intervención.

Objetivo operativo (ejemplo): Realizar ejercicios de juego de roles con los participantes dentro de los primeros 6 meses de la intervención para desarrollar las habilidades sociales de los participantes. Indicador de evaluación/punto de referencia: 6 ejercicios de juego de roles que se realizarán de acuerdo con el plan del proyecto.

Puede ser útil involucrar a los grupos de interés pertinentes (p. ej., la población diana) en la definición de los indicadores de evaluación y de corte, puntos de referencia, y en la elección de los métodos para la recogida y análisis de datos, ya que esto aumentará la viabilidad de las evaluaciones (p. ej., los participantes pueden preferir discutir una intervención en un grupo de discusión, en lugar de completar un cuestionario) (ver componente B: *Comunicación y participación de los grupos de interés para la intervención*).

Los fines, metas y objetivos, así como el modelo teórico, determinan cuándo esperar qué resultados y, en consecuencia, en qué momento realizar las mediciones. Los cambios pueden ocurrir en diferentes indicadores de evaluación, en diferentes momentos (p. ej., el conocimiento de los participantes puede cambiar antes que su comportamiento). Sin embargo, es importante que los indicadores e instrumentos de evaluación que se utilicen sean los mismos en todas las mediciones del programa (uniformidad en todo el proceso de evaluación), para garantizar la comparabilidad de los datos. La Figura 6 muestra las relaciones entre objetivos, resultados y mediciones.

Figura 6: Conexión entre objetivos, resultados y medidas



Los resultados inmediatos e intermedios, que corresponden a los objetivos (operativos y específicos), ocurren durante la intervención. Los resultados posteriores a la intervención, que corresponden a las metas (objetivos generales), se producen al final de la intervención. También es común considerar los resultados finales, que corresponden a los fines generales del programa, a más largo plazo. La recogida de los datos al principio y al final de la intervención permite evaluar la efectividad de la misma, mientras que las mediciones periódicas ayudan a evaluar el progreso de la intervención durante la implementación (p. ej., como parte de la monitorización o seguimiento). Después de la intervención, se realizan mediciones de seguimiento para comprobar cuánto tiempo se mantienen los resultados posteriores a la intervención (p. ej., si los participantes demostraron un cambio de actitud o comportamiento al final de la intervención ¿regresaron, tras un par de

meses después de la intervención, a sus viejos comportamientos y actitudes?). Los estándares sugieren los siguientes intervalos para las mediciones de seguimiento: hasta 6 meses después de la intervención (a corto plazo), > 6 a 12 meses después de la intervención (medio plazo) y > 12 meses después de la intervención (a largo plazo). Se puede realizar una medición adicional cuando se espera que los resultados finales se produzcan. Por ejemplo, si una intervención se lleva a cabo con niños muy pequeños, los resultados finales se refieren a si desarrollan patrones perjudiciales de consumo de drogas muchos años después de la intervención. En la práctica, sin embargo, esos seguimientos a más largo plazo pueden ser difíciles de lograr y tienen altas implicaciones de recursos. Como mínimo, los resultados posteriores a la intervención deben evaluarse para determinar si la intervención fue eficaz en el logro de sus metas (objetivos generales). Esto pone de manifiesto que las metas definidas deben ser realistas y realizables en el transcurso de la intervención.

Medición a corto plazo	Hasta 6 meses después de la intervención
Medición a medio plazo	Más de 6 meses, hasta 12 meses después de la intervención
Medición a largo plazo	Más de 12 meses después de la intervención

Nota del traductor: Tabla no recogida en el manual original.

Los componentes 7.1: *Si se lleva a cabo una evaluación de resultados* y 7.2: *Si se lleva a cabo una evaluación de proceso*, contienen estándares adicionales sobre los análisis y la documentación de los resultados que se obtienen como parte de las evaluaciones finales. Se puede encontrar más información sobre la evaluación en la sección *Guía adicional*.

Cuando los resultados finales y las evaluaciones de procesos no se consideren apropiados o factibles, la observación puede ser una alternativa aceptable para llevar a cabo evaluaciones más amplias y formales (ver 6.3: *Monitorización de la implementación*). En consecuencia, los estándares de este componente se aplicarán, solamente, si se planifican evaluaciones finales.

Etapa 4 del proyecto: Diseño de la intervención – 4.4 Si se planifican evaluaciones finales

Estándares básicos, si se planifica alguna evaluación final:

4.4.1 Se determina qué tipo de evaluación es la más apropiada para el programa.	Ejemplo de consideración: Mientras que la evaluación de proceso puede ayudar a determinar por qué se obtuvieron buenos resultados, la evaluación de resultados es más importante que la evaluación del proceso para determinar la efectividad de una intervención.
4.4.2 Existe un plan de evaluación por escrito.	Ejemplos de contenido: Tipo de evaluación, modelo de investigación, exposición de indicadores de evaluación, recogida de datos, observación, evaluaciones finales, informes, cronograma/calendario.
4.4.3 La evaluación prevista es realista y realizable.	Es decir, reconoce lo que es factible en condiciones reales y con los recursos disponibles.
4.4.4 La evaluación se considera un elemento integral e importante para garantizar la calidad del programa.	
4.4.5 Se designa un equipo de evaluación para supervisar la evaluación.	Nota: El "equipo" también puede ser sólo una persona.

Etapa 4 del proyecto: Diseño de la intervención – 4.4 Si se planifican evaluaciones finales

Estándares básicos, si se planifica alguna evaluación final (cont.):

4.4.6 El equipo de evaluación debe:	
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar la estrategia y el plan de evaluación, los indicadores de evaluación y los instrumentos para la recogida de datos. • Preparar el informe de la evaluación. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Asignar los roles relevantes para la evaluación a personas específicas. 	Ejemplos de roles: Personas responsables de la recogida, el registro y el análisis de datos.
4.4.7 Los recursos humanos son suficientes para realizar una evaluación.	Es decir, que el equipo cuenta con un número suficiente de personal cualificado para realizar una evaluación; los conocimientos sobre evaluación son suficientes.
4.4.8 Se especifican los indicadores de evaluación.	
4.4.9 Los indicadores de evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> • Están claramente descritos. • Son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos. • Son medibles mediante técnicas empíricas. • Son apropiados para el tipo de evaluación. 	Ejemplo: Observaciones. Ejemplo de evidencia: Si se planifican evaluaciones de proceso y de resultados, se especifican indicadores separados para la evaluación de proceso y de resultados.
4.4.10 La elección de los indicadores de evaluación se basa en:	
<ul style="list-style-type: none"> • Las metas (objetivos generales) y objetivos (específicos y operativos) del programa. • Las actividades elegidas. 	Es decir, cada meta (objetivo general) y cada objetivo (específico y operativo) están conectados con uno o varios indicadores de evaluación.
4.4.11 Se describe el proceso para la selección de los participantes.	Nota: Los participantes deben ser seleccionados de la población diana definida. Véase también 3.1: <i>Definición de la población diana</i> y 5.4: <i>Captación y retención de los participantes</i> .
4.4.12 Se especifica una línea de tiempo.	Es decir, está claro cuando se realizará la/s evaluación/es. Ejemplo: Cuestionario breve para los miembros del personal y los participantes después de cada sesión. Ejemplo de evidencia: Calendario de medición.
4.4.13 Las personas sobre las que se recogen los datos:	
<ul style="list-style-type: none"> • Están descritas. • Son las adecuadas para los fines de la evaluación. 	Es decir, son capaces de proporcionar la información requerida por los indicadores de evaluación. Ejemplo: Los datos de resultados se recogen de los participantes o de personas que puedan proporcionar datos indirectos de calidad (p. ej., clasificación clínica, informe del profesor sobre el comportamiento en el aula, observación y registro de las interacciones sociales por parte del personal).

Etapa 4 del proyecto: Diseño de la intervención – 4.4 Si se planifican evaluaciones finales

Estándares básicos, si se planifica alguna evaluación final (cont.):

4.4.14 Los participantes, los miembros del personal y otros se sienten lo suficientemente cómodos para proporcionar respuestas y opiniones honestas.	Ejemplo: Se sienten lo suficientemente cómodos para comunicar su consumo de drogas o para criticar el programa.
4.4.15 Se describen los métodos y herramientas utilizados para la recogida de datos.	
4.4.16 Los métodos y herramientas utilizados para la recopilación de datos:	
<ul style="list-style-type: none"> • Son adecuados para el programa. 	Es decir, el método de recogida de datos es proporcional al nivel del programa.
<ul style="list-style-type: none"> • Recuperan la información que los indicadores de evaluación señalan como pertinente. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Consisten en herramientas existentes probadas previamente o en nuevas herramientas bien desarrolladas. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Se usan de manera constante en todo el programa. 	Es decir, se utilizan los mismos instrumentos de medida a lo largo del programa (p. ej., para medir la línea base y para las mediciones finales).
	Propósito: Garantizar la comparabilidad de los datos.
4.4.17 Existe un sistema para la gestión de la información.	Es decir, un conjunto de procedimientos, soportes en papel y electrónicos, etc.
	Propósito: Facilitar la recogida y procesamiento de los datos.

Etapa 4 del proyecto: Diseño de la intervención – 4.4 Si se planifican evaluaciones finales

Estándares básicos adicionales, si se planifica una evaluación de resultados:

4.4.18 La evaluación de resultados sigue un diseño de investigación. La evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> • Permite un análisis claro de la relación entre la intervención y los resultados. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Refleja el diseño de investigación más sólido posible, dadas las circunstancias de la intervención. 	Ejemplo: Si la asignación al azar no es práctica o posible, se emplean diseños alternativos, tales como diseño de series temporales repetidas sin asignación al azar, diseños de regresión discontinua, diseños de control apareados.
4.4.19 Se determina el tamaño de muestra necesario para un buen diseño de investigación.	Ejemplo para reflexionar: ¿Cuál es el tamaño mínimo de muestra que se requiere para los análisis estadísticos previstos?
4.4.20 Se describe el método para el análisis de datos.	
4.4.21 Se detallan las personas que recogen los datos de la evaluación de resultados.	
4.4.22 Los datos de resultado se recogen de los participantes en el grupo de intervención.	
4.4.23 Los datos de resultados se miden:	
<ul style="list-style-type: none"> • Al comienzo de la intervención o durante la evaluación de necesidades. 	Es decir, como datos de partida que permitirán las comparaciones antes y después de la intervención.
<ul style="list-style-type: none"> • Post-intervención. 	Es decir, al final de la intervención.

Etapa 4 del proyecto: Diseño de la intervención – 4.4 Si se planifican evaluaciones finales

Estándares básicos adicionales, si se ha elegido un diseño controlado:

4.4.24 Se dispone al menos de una posición de comparación (es decir, grupo de control).	
4.4.25 Se describen los criterios de selección de los participantes y el procedimiento de asignación a los grupos de intervención y control.	Ejemplo de procedimiento de asignación: Autoselección.
4.4.26 Las mediciones se realizan en ambos grupos de intervención y de control.	Es decir, se recogen datos del grupo control.
4.4.27 Se analizan diversas características en los grupos de intervención y control para asegurar que son similares; cualquier diferencia identificada se controla en el análisis de datos.	Es decir, se examinan las diferencias pre-test.

Etapa 4 del proyecto: Diseño de la intervención – 4.4 Si se planifican evaluaciones finales

Estándares básicos adicionales, si se planifica una evaluación de proceso:

4.4.28 Se especifica a las personas sobre las que se recogen los datos.	
4.4.29 Las personas sobre las que se recogen los datos incluyen:	
<ul style="list-style-type: none">• Participantes en el grupo de intervención.• Los miembros del personal.	

Etapas del proyecto: Diseño de la intervención – 4.4 Si se planifican evaluaciones finales

Estándares avanzados adicionales:

4.4.30 Las evaluaciones finales evalúan el proceso del programa, así como los resultados de la intervención.	
4.4.31 La evaluación abarca varios puntos de vista.	Ejemplos de puntos de vista: Evidencia de efectividad (resultados), funcionamiento práctico (proceso), correspondencia con las orientaciones de buenas prácticas, ética.
4.4.32 La población diana está involucrada en todas las etapas de la evaluación.	
4.4.33 Los grupos de interés relevantes están involucrados en el diseño de la evaluación.	
4.4.34 El equipo de evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> • Recoge, analiza e interpreta los datos. • Incluye a una variedad de representantes. 	Ejemplos de grupos a considerar: Miembros del personal, participantes, académicos.
4.4.35 Los expertos en evaluación serán consultados, cuando sea necesario.	Ejemplos de expertos: Universidad y / o consultores externos con experiencia en evaluación.
4.4.36 Siempre que sea posible, se realizan evaluaciones externas.	Es decir, evaluaciones formales por parte de un individuo o grupo que trabaja para una organización externa (por ejemplo, universidad, consultoría).
4.4.37 Indicadores de evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> • Reconocen la evolución de los participantes a lo largo del programa. 	Es decir, se eligen diferentes indicadores para representar diferentes etapas del progreso en la intervención. Nota: Aunque se elige una gama de indicadores para captar el progreso de los participantes en el tiempo, las mediciones deben realizarse con los mismos indicadores e instrumentos a lo largo de la intervención.
<ul style="list-style-type: none"> • Se incluyen puntos de referencia de evaluación que indican los niveles mínimos y óptimos de cambio previstos. 	Es decir, un valor que debe alcanzarse durante o después de la intervención. Ejemplo: El programa quiere lograr que disminuya al menos un 20% el consumo de drogas, e idealmente (en condiciones perfectas), una disminución del 50% en dichos consumos.
4.4.38 La elección de los indicadores de evaluación se basa en el modelo teórico.	Estándar básico si se utiliza un modelo teórico. Ejemplos de aspectos a considerar: variables mediadoras y moderadoras sugeridas por el modelo teórico.
4.4.39 La evaluación se realiza bajo condiciones reales.	Estándar básico si se está probando la efectividad del programa (a diferencia de probar la eficacia). Ejemplo de situación en el mundo real: Los profesores, en lugar de los investigadores, como dispensadores de la intervención.
4.4.40 El diseño de la investigación incluye una condición de control.	Propósito: Poder atribuir los efectos a la intervención.
4.4.41 Al menos una forma de recogida de datos es ciega.	Es decir, los que recogen los datos no saben si los participantes recibieron la intervención o si estaban en el grupo de control.

Etapa 4 del proyecto: Diseño de la intervención – 4.4 Si se planifican evaluaciones finales

Estándares avanzados adicionales (cont.):

4.4.42 El diseño de la investigación incorpora aleatorización. Esto incluye:	Propósito: Para evitar la obtención de una muestra sesgada.
<ul style="list-style-type: none"> • Los participantes son asignados aleatoriamente a grupos de intervención y control ("asignación aleatoria"). 	Estándar básico si se elige un diseño aleatorizado.
<ul style="list-style-type: none"> • Los grupos de interés participan en el proceso de aleatorización según sea necesario. 	
	<p>Propósito: Se puede requerir la asistencia de las partes interesadas para realizar la aleatorización (es decir, para obtener una lista de todas las personas elegibles u organizaciones beneficiarias). Las partes interesadas también deben entender por qué la asignación aleatoria es importante y las razones por las cuales algunas personas u organizaciones pueden no recibir la intervención.</p> <p>Ejemplo de participación de los grupos de interés: El director de la escuela ayuda con la asignación de clases a las condiciones de intervención y control.</p>
4.4.43 Métodos y herramientas utilizados para la recogida de datos:	
<ul style="list-style-type: none"> • Comprende una gama de instrumentos y medidas. 	Ejemplos de herramientas y medidas: Cuestionarios, registros de asistencia, escalas de satisfacción, formularios, listas de verificación, observaciones independientes.
<ul style="list-style-type: none"> • Son psicométricamente solventes en términos de su objetividad, validez y confiabilidad. 	Es decir, miden lo que se pretende medir (validez); los resultados que produce son consistentes (confiabilidad: consistencia interna, test-retest, confiabilidad entre los evaluadores); producen resultados independientemente de quién usa el instrumento (objetividad).
<ul style="list-style-type: none"> • Están culturalmente adaptados y se someten a pruebas piloto, cuando corresponda. 	Nota: También se debe considerar la validez de constructo, es decir, siguiendo la literatura apropiada ¿los indicadores son medidas válidas del comportamiento objetivo?
4.4.44 Se proporciona orientación sobre los métodos de recogida de datos.	Ejemplo de orientación: Estrategias de análisis y pautas detalladas para los investigadores de campo.
4.4.45 Los datos de proceso se recogen de:	
<ul style="list-style-type: none"> • Los participantes en el grupo de control. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Otros grupos de interés relevantes, cuando corresponda. 	Ejemplos de grupos de interés: Patrocinadores, otros organismos, miembros de la comunidad, medios de comunicación.
4.4.46 Algunos datos del proceso se recogen al final de cada sesión.	Ejemplos de datos del proceso: Satisfacción de los participantes, opiniones de los miembros del personal sobre la calidad y el éxito de la sesión.

Etapa 4 del proyecto: Diseño de la intervención – 4.4 Cuando se planifican evaluaciones finales

Estándares avanzados adicionales (cont.):

4.4.47 Se miden los datos de resultado:

- Periódicamente, cuando sea apropiado.

• A corto plazo.	Es decir, dentro de los primeros 6 meses tras completar la intervención.
• A medio plazo.	Es decir, > 6 a 12 meses después de completar la intervención.
• A largo plazo.	Es decir, > 12 meses después de completar la intervención.

4.4.47 Las intervenciones que prevén resultados finales a más largo plazo incorporan la recogida de datos en un momento apropiado cuando se espera el resultado. Ejemplo a tener en consideración: Para los programas dirigidos a niños pequeños, los datos sobre los resultados se recogen cuando se esperan resultados finales en términos de desarrollo.

ETAPA CINCO



DEL PROYECTO

Etapa 5 del proyecto:

Gestión y movilización de recursos



Un programa de prevención de drogodependencias no sólo consiste en la intervención propiamente dicha, sino que también requiere una buena gestión del proyecto y una planificación detallada para asegurar que sea viable. Los aspectos gerenciales, organizacionales y prácticos deben ser tenidos en cuenta, junto con el diseño de la intervención. Para iniciar la implementación, se deben activar los recursos disponibles y acceder a los nuevos recursos según sea necesario. Los manuales para la gestión de proyectos proporcionan información detallada sobre cómo planificar y gestionar proyectos. Sin embargo, junto con la etapa 3 del Proyecto: *Formulación del programa*, estos estándares destacan algunos de los principales aspectos a tener en cuenta en relación con el trabajo de prevención de drogodependencias.

5.1 Planificación del programa – Ilustración de la planificación del proyecto: Un procedimiento minucioso garantiza que la planificación y la implementación se lleven a cabo sistemáticamente. El documento escrito que presente el plan de proyecto, explicará todas las tareas y procedimientos que son necesarios para una adecuada implementación del programa. El plan del proyecto guía la implementación, proporcionando un marco común para todos los miembros del equipo. En fases posteriores del proyecto, el plan del proyecto se consulta para valorar si el programa está siendo aplicado según lo previsto y si se requieren ajustes.

5.2 Planificación de los requisitos de financiación: Se debe determinar las necesidades (costes) y capacidades (presupuesto) de financiación del programa para poner los recursos necesarios y disponibles en el contexto. Los costes no deben exceder el presupuesto que se tiene (o que estará disponible) para el programa. Si se precisan más recursos que los disponibles, el plan de financiación debe aclarar qué fondos adicionales podrían precisarse o, si no se consiguen, cómo debería modificarse el plan del proyecto.

5.3 Configuración del equipo: El equipo está formado por las personas que trabajan en el programa (p. ej., personal que lo gestiona, lo aplica, realiza la evaluación). Los miembros del personal (incluidos los voluntarios) deben seleccionarse de acuerdo con las necesidades del programa y cumpliendo los requisitos legales. Las funciones y responsabilidades deben distribuirse en consecuencia, garantizando que todas las tareas necesarias han sido asignadas y realizadas por las personas más adecuadas.

5.4 Captación y retención de los participantes: Los participantes deben seleccionarse, de una manera metodológicamente correcta y ética, de la población diana que se ha definido para implementar el programa. La captación se refiere al proceso de selección de los individuos elegibles de la población diana, a quienes se les informa sobre el programa, se les invita a participar, se inscriben y se les asegura que comenzarán la intervención; mientras que la retención se refiere al proceso de asegurar que todos los participantes seleccionados e inscritos, participan en la intervención hasta que ésta haya finalizado y/o hasta que se hayan alcanzado los objetivos. Las barreras para la participación deben ser identificadas y eliminadas para asegurar que los participantes puedan completar el programa.

5.5 Preparación de los materiales del programa: Se deben tener en cuenta los materiales necesarios para la implementación del programa, que incluye materiales para la intervención, instrumentos para el seguimiento (monitorización) y la evaluación, el equipamiento técnico, el lugar físico (p. ej., las instalaciones), etc. Incluir los materiales permite finalizar el presupuesto y tomar las medidas adecuadas para garantizar su disponibilidad. Si se utilizan materiales para la intervención (p. ej., manuales, películas, sitios web), deben ser de buena calidad y adecuados para los usuarios previstos.

5.6 Aportación de una descripción del programa: Una descripción escrita del programa proporciona una clara visión global del mismo. Mediante esta descripción los grupos de interés (p. ej., la población diana, los patrocinadores, otros profesionales interesados) pueden obtener información sobre el programa. Se describirá detalladamente la intervención y sus actividades, aunque el nivel de detalle dependerá de la trascendencia del programa y de los posibles lectores de la descripción. Si la descripción se utiliza para la captación de participantes, se debe informar de los potenciales riesgos y beneficios para ellos.

Esta etapa puede realizarse al mismo tiempo que el diseño de la intervención.

5.1 Planificación del programa – Ilustración de la planificación del proyecto

Un programa de prevención de drogodependencias comprende no sólo la intervención, sino también la investigación que la acompaña (p. ej., la evaluación de necesidades o las evaluaciones posteriores) y una estructura administrativa (p. ej., para la gestión del proyecto, para recaudación de fondos, para la formación del personal, la selección de participantes, su difusión, etc.). Sólo un procedimiento de planificación concienzudo puede garantizar que todos estos aspectos estén bien coordinados y que los preparativos de la intervención y su implementación se lleven a cabo sistemáticamente. Tener un documento escrito que presente la planificación del programa, permite destacar todas las tareas y procedimientos necesarios para una adecuada aplicación del mismo, por lo que hay que considerarlo una parte muy importante en la planificación. No siempre es necesario crear la metodología de implantación desde cero; se puede adaptar a partir de otras implementaciones que hayan sido subvencionadas con anterioridad o de documentos similares.

La planificación del proyecto sirve de guía para la aplicación del programa, al proporcionar un marco común que todos los miembros del personal pueden trabajar. Durante la implementación, ésta planificación puede utilizarse para apoyarse y fundamentarla, evaluar si la implementación sigue la planificación del proyecto, revisar el progreso del programa y justificar cualquier cambio (p. ej., modificaciones del cronograma original) (Ver Etapa 6 del proyecto: *Implementación y monitorización*). Si se utiliza de esta manera, será una fuente crucial de información para la evaluación de proceso y la producción del informe final. Esto pone de relieve que la planificación del proyecto es una herramienta importante, incluso si la implementación real no transcurre con arreglo a la planificación original (p. ej., si se cambian los plazos). Además, los planes de contingencia permiten a los responsables del programa hacer frente eficazmente a las dificultades que puedan surgir.

La planificación del programa documenta las decisiones que se hayan tomado en las anteriores etapas del proyecto y describe cómo se pueden poner en práctica. El nivel de detalle en la planificación del proyecto depende de las circunstancias del programa. Debe ser lo suficientemente amplio como para ser útil al equipo, y no debe considerarse como un "ejercicio separado momentáneo", burocrático, que no tenga ningún valor real para el programa. Se recomienda que los representantes de todos los grupos de interés para el programa sean implicados y participen en la planificación (p. ej., la población diana, la entidad receptora). Esto asegurará que el programa satisfaga sus necesidades y expectativas, y también ayudará a asegurar su apoyo para las etapas posteriores del programa (ver B: *Comunicación y participación de los grupos de interés*). La planificación del proyecto debe ser consultada regularmente en las reuniones de planificación para discutir el progreso del programa, si el programa está siendo aplicado de acuerdo a lo previsto y si se precisan ajustes (p. ej., como parte del procedimiento de seguimiento - ver el componente 6.3: *Monitorización de la implementación*).

El tiempo dedicado a la planificación del programa puede ser percibido por algunos profesionales como un lujo o, incluso, como un tiempo "improductivo", porque no es tiempo dedicado directamente a la población diana. Sin embargo, dedicar tiempo para la reflexión, revisión de la literatura, discusión, etc., es un aspecto esencial para llevar a cabo una prevención de drogodependencias de calidad. Los comisionados y las entidades que subvencionan deben apoyar la implementación de los estándares, financiando dicho tiempo y permitiendo que los promotores lo incluyan cuando calculan los costes del programa.

La planificación del proyecto es distinta de la descripción propiamente dicha del programa, la cual informa a las partes externas sobre el programa (p. ej., a la población diana, a los patrocinadores)

(véase 5.6: *Aportación de una descripción del programa*). Para las nuevas solicitudes de subvención, se recomienda elaborar un documento combinado que incluya la descripción del programa y la planificación del proyecto de implementación.

Etapas del proyecto: Gestión y movilización de recursos – 5.1 Planificación del programa – Ilustración de la planificación del proyecto

Estándares básicos:

5.1.1 Se dispone de tiempo para la planificación del programa.	Ejemplo de evidencia: La estimación de recursos en la solicitud de fondos incluye el tiempo dedicado a la planificación.
5.1.2 El programa se planifica sistemáticamente.	Es decir, se dedica tiempo a la planificación; se tienen en consideración las acciones necesarias para todas las etapas del proyecto.
5.1.3 El proceso de planificación y gestión es transparente.	Ejemplo a tener en cuenta: ¿Conocen todos los miembros del personal cómo se planifica y gestiona el programa?
5.1.4 Existe una planificación del proyecto escrita.	También llamado: Plan de trabajo, plan de acción o de implementación.
5.1.5 La planificación del proyecto:	
<ul style="list-style-type: none"> • Es clara y comprensible para todos. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ilustra y conecta los principales componentes del programa. 	<p>Ejemplo: Muestra las conexiones entre las necesidades de la población diana, los fines, las metas y objetivos, los indicadores de evaluación, las puntuaciones de referencia de la evaluación, las actividades, los resultados, y las evaluaciones.</p> <p>Ejemplo de evidencia: El flujo lógico de las actividades del programa se ilustra en una representación gráfica (es decir, en un modelo lógico del programa).</p> <p>Orientación adicional: Los modelos lógicos del programa se discuten en <i>Achieving outcomes</i> (- CSAP, 2002).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Permite seguir el progreso real del programa durante la implementación. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Es realista. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Está accesible para todos los miembros del personal involucrados. 	
5.1.6 La planificación del proyecto describe lo siguiente:	
<ul style="list-style-type: none"> • Fines, metas y objetivos. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Un conjunto de acciones para cada objetivo. 	
<ul style="list-style-type: none"> • La intervención. 	Ejemplos de aspectos a considerar: Qué actividades de la intervención se llevarán a cabo con los participantes, quien va a realizar dichas actividades y cómo.
<ul style="list-style-type: none"> • Una estrategia para controlar la calidad del programa. 	Ejemplos de aspectos a considerar: Fidelidad, efectividad, satisfacción de los participantes.
<ul style="list-style-type: none"> • El calendario del programa; es decir, fechas de inicio y finalización previstas para las distintas etapas y actividades. 	Nota: Las fechas reales de inicio y finalización deben agregarse durante la implementación.
<ul style="list-style-type: none"> • El procedimiento de selección y retención de los participantes. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos para la selección del personal. 	

Etapa 5 del proyecto: Gestión y movilización de recursos – 5.1 Planificación del programa – Ilustración de la planificación del proyecto

Estándares básicos (cont.):

5.1.7 Se desarrolla una planificación para las contingencias, en el que se explica en términos generales:

- Las reglas y procedimientos para prevenir o resolver problemas potenciales.
- Una estrategia para la solución de problemas con la capacidad organizativa.

Es decir, situaciones potenciales que podrían poner en peligro la implementación o la consecución del programa, así como formas de prevenir o manejar estos escenarios.

Ejemplo de situaciones: No se completan las actividades dentro del plazo especificado.

Ejemplos de situaciones: Miembros del personal que se van, gastos excesivos en el presupuesto.

Etapa 5 del proyecto: Gestión y movilización de recursos – 5.1 Planificación del programa – Ilustración de la planificación del proyecto

Estándares básicos adicionales, si se han planificado evaluaciones:

5.1.8 La planificación del proyecto describe esquemáticamente lo siguiente:

- Una estrategia para la recogida de datos.
- Los plazos para las evaluaciones finales.

Es decir, quién medirá qué, cuándo y cómo.

Etapa 5 del proyecto: Gestión y movilización de recursos – 5.1 Planificación del programa – Ilustración de la planificación del proyecto

Estándares avanzados adicionales:

5.1.9 Se establece un grupo de trabajo.

Nota: Este puede incluir representantes de la población diana y otros grupos de partes interesadas.

5.1.10 Se recoge un procedimiento para la planificación del programa.

Ejemplos de aspectos a tener en cuenta: Responsabilidades para la planificación, para la presentación de informes, el feedback, el seguimiento.

5.1.11 Las sesiones de planificación se llevan a cabo y se recogen en actas.

Ejemplo de evidencia: Reuniones periódicas del grupo de trabajo, resúmenes disponibles de las reuniones.

5.1.12 El programa incluye perspectivas a corto, medio y largo plazo en la planificación e implementación.

5.1.13 La planificación por escrito del proyecto:

- Se organiza sistemáticamente como una secuencia paso a paso.
- Consiste en una planificación general del proyecto y planes de acción más detallados.
- Agrupa las tareas en paquetes o etapas de trabajo.

Etapa 5 del proyecto: Gestión y movilización de recursos – 5.1 Planificación del programa – Ilustración de la planificación del proyecto

Estándares avanzados adicionales (cont.):

5.1.14 La planificación del proyecto describe lo siguiente:

<ul style="list-style-type: none"> • Aquellas actividades que son más importantes para el éxito del programa. 	Es decir, las actividades "críticas".
<ul style="list-style-type: none"> • Una estrategia para asegurar la participación de la población diana en la elaboración e implementación del programa. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Un calendario para la revisión periódica del plan del proyecto. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Las tareas preparatorias necesarias para iniciar la intervención. 	
<ul style="list-style-type: none"> • El procedimiento de reclutamiento y retención de colaboradores externos. 	Ejemplo de colaborador externo: La organización receptora (p. ej., la escuela).
<ul style="list-style-type: none"> • Los procedimientos para la capacitación del personal. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Las personas designadas como responsables de la implementación del plan. 	Es decir, distribución de roles y responsabilidades.
<ul style="list-style-type: none"> • La supervisión del personal. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Una estrategia para la documentación del programa. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Una estrategia de comunicación. 	Ejemplo: Un proceso monitorizado del feedback de la comunicación con los miembros del personal.
<ul style="list-style-type: none"> • Los procedimientos para la cooperación con personas y organismos externos. 	Ejemplos de personas y entidades externas: Trabajadores sociales que gestionan casos, agentes de libertad condicional, medios de comunicación, policía.

5.2 Planificación de las necesidades de financiación

Los programas de prevención de drogodependencias sólo son viables y sostenibles a largo plazo, si los recursos necesarios se corresponden con los recursos disponibles. La financiación es un recurso clave, ya que puede (indirectamente) determinar la disponibilidad de todos los demás recursos. Los estándares establecen el requisito de elaborar un plan de financiación que especifique las necesidades económicas (costes) y capacidades (presupuesto) del programa. Un plan de financiación claro ayuda a garantizar que se dispone de los fondos suficientes para llevar a cabo todas las actividades planificadas. De lo contrario, las actividades de prevención corren el riesgo de ser interrumpidas porque los fondos se han agotado antes de su finalización.

Los costes se refieren a la cantidad de dinero que (probablemente) requiere el programa. Es importante recordar que los costes surgen no sólo de la implementación de la intervención. Los costes totales se calculan considerando todos los recursos necesarios para poner en práctica el plan del proyecto (p. ej., los materiales, la formación del personal, la gestión del proyecto, la evaluación). Herramientas tales como el “Programa de Análisis de Costes del Tratamiento del Abuso de Drogas” (*Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program – DATCAP - French, 2004*) pueden ayudar a proporcionar una estimación realista de los costes totales. Además, los estándares fomentan que se tengan en consideración los costes de oportunidad, que pueden incluir elementos no económicos, como el tiempo perdido (es decir, el tiempo del personal o de los participantes que no se invierte en otras actividades). El análisis de los costes de oportunidad debe tener en cuenta una variedad de perspectivas, tales como las de los miembros del personal, los destinatarios y otros grupos de interés (CCSA, 2009).

El presupuesto se refiere a la cantidad de dinero que (probablemente) está disponible para el programa. También representa el gasto máximo permitido (es decir, los costes no deben exceder el presupuesto). Por consiguiente, los costes deben planificarse de acuerdo con el presupuesto. Si los costes estimados son mayores que el presupuesto estimado, los promotores deben obtener fondos adicionales (véase A: *Sostenibilidad y financiación*) o modificar el plan del proyecto para que el programa sea alcanzable dentro de los recursos disponibles. Los promotores del programa pueden ayudar a depurar los costes, por ejemplo, ofreciendo una versión de la intervención en la que se utilicen materiales alternativos y menos costosos. La búsqueda de la eficiencia, sin embargo, no debe comprometer la calidad o la eficacia de la intervención (p. ej., usar menos personal puede reducir la calidad del programa). Donde las modificaciones hechas para reducir costes amenazan la calidad o la efectividad de la intervención, los comisionados y responsables de la subvención deben apreciar mejor cuáles son los costes reales de los programas y sus evaluaciones, y asignar los fondos en consecuencia.

Estos estándares se aplican independientemente de si ya se dispone de financiación (p. ej., como parte del presupuesto de la organización, como parte de una subvención que ya se ha recibido) y/o si todavía ésta debe asegurarse externamente (p. ej., desarrollar un programa como respuesta a una licitación específica de subvención). Al proporcionar un desglose detallado de los costes y flujos de financiación y especificar qué elementos de gasto estarán cubiertos por cada tipos de cuenta, será más probable que el presupuesto pueda destinarse al programa específico y, por lo tanto, esté disponible cuando sea necesario.

Cuando un nuevo programa es diseñado por unos técnicos para que sea implementado por separado por otros distintos, puede que no sea posible o adecuado que los diseñadores del programa sean los que estimen el coste total y su presupuesto, ya que va a depender de las circunstancias particulares de los que lo implementen. En estos casos, las estimaciones de gastos

pueden variar en función de lo que cuesten los materiales para la intervención, los derechos de autor, etc.

Etapa 5 del proyecto: Gestión y movilización de recursos – 5.2 Planificación de las necesidades de financiación

Estándares básicos:

5.2.1 Existe un plan de financiación por escrito claro y comprensible.	Es decir, se especifican los costes y el presupuesto.
5.2.2 Se proporciona una estimación clara de los costes del programa.	
5.2.3 La estimación de los costes del programa previsto es realista.	
5.2.4 Se proporciona una estimación realista del presupuesto total disponible para el programa.	
5.2.5 Se detallan las entidades que financian y otras fuentes de ingresos.	
5.2.6 El presupuesto disponible es adecuado para el programa previsto.	
5.2.7 Los costes y el presupuesto/fondos disponibles están vinculados.	
5.2.8 Queda claro quién es el responsable del control del presupuesto.	
5.2.9 La contabilidad es clara y transparente.	
5.2.10 La gestión financiera cumple los requisitos legales.	Ejemplo de requisitos legales: Procedimientos contables, tales como cuánto tiempo tienen que estar archivadas las facturas.

Etapa 5 del proyecto: Gestión y movilización de recursos – 5.2 Planificación de las necesidades de financiación

Estándares avanzados adicionales:

5.2.11 Se proporciona un desglose detallado y completo de los costes.	
	<p>Ejemplos de artículos a calcular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los gastos y el tiempo de dedicación de personal, incluyendo a los voluntarios. • Costes de oportunidad. • Manuales y otros materiales. • Gastos generales, tales como alquiler, espacio de la instalación, equipo técnico. • Gestión y administración del proyecto. • La formación del personal. • La selección y retención de los participantes. • La recogida de datos, supervisión y evaluaciones finales. • La difusión de información sobre el programa.
5.2.12 Se proporciona un desglose detallado y completo del presupuesto disponible.	<p>Es decir, se trazan los diferentes flujos de la financiación.</p> <p>Ejemplos de flujos de fondos: Donativos, recursos propios.</p> <p>Véase también A: <i>Sostenibilidad y financiación</i>.</p>
5.2.13 Las necesidades económicas se revisan en la fase de ejecución de acuerdo con nuevas prioridades o desarrollos emergentes.	

5.3 Configuración del equipo

Un programa de prevención de drogodependencias sólo puede tener éxito si lo llevan a cabo las personas adecuadas. Los miembros del personal (incluidos los voluntarios) deben ser seleccionados de acuerdo con las necesidades del programa y cumpliendo con los requisitos legales. Las funciones y responsabilidades deben ser distribuidas en consecuencia, garantizando que todas las tareas necesarias han sido asignadas y serán realizadas por las personas más adecuadas.

El tipo de programa y su esfera de acción definirán qué cualificación y competencias (p. ej., conocimientos, habilidades, actitudes) serán necesarias para una adecuada implementación. El componente C: *Capacitación del personal*, contiene estándares sobre las competencias del personal y su capacitación, formación y apoyo antes y durante la implementación.

Si estos estándares se aplican durante la planificación de un programa, su significado práctico dependerá de si los miembros del personal aún deben ser contratados para el programa y/o si los miembros del personal existentes pueden ser asignados al programa. En ambos casos, estos estándares especifican qué criterios deben tenerse en cuenta al reunir al equipo para trabajar en el programa.

Etapa 5 del proyecto: Gestión y movilización de recursos – 5.3 Configuración del equipo

Estándares básicos:

5.3.1 Existe un procedimiento escrito para la selección y contratación del personal.	
5.3.2 La selección y contratación del personal cumple con los requisitos legales.	
5.3.3 La estructura y administración de la organización se han definido por escrito.	Nota: En las organizaciones grandes, puede ser suficiente una descripción del departamento específico responsable del programa.
5.3.4 La forma de empleo es clara y está de acuerdo con la legislación nacional.	Ejemplos de evidencia: Los contratos de trabajo incluyen detalles sobre los derechos y beneficios del personal, seguro de accidentes, seguro de desempleo, prima por horas extras, salario y otras formas de compensación.
5.3.5 Se define el personal necesario para que la implementación del programa se pueda llevar a cabo.	Nota: El personal puede incluir profesionales, voluntarios, auxiliares, colaboradores externos, etc.
5.3.6 La descripción del personal tiene en cuenta:	
<ul style="list-style-type: none"> • El tipo de funciones necesarias. 	Ejemplos de funciones: Trabajador para varias funciones, enfermero/a para personas con alcoholismo, personal administrativo.
<ul style="list-style-type: none"> • El número de empleados requerido. 	Ejemplo de evidencia: Ratio personal-tareas.
<ul style="list-style-type: none"> • Las cualificaciones requeridas para el personal. 	Ejemplos de cualificación: Titulación universitaria en un campo relevante para el programa, formación en prevención de drogodependencias y promoción de la salud.

Etapa 5 del proyecto: Gestión y movilización de recursos – 5.3 Configuración del equipo

Estándares básicos (cont.):

- Las competencias necesarias del personal.

Es decir, como se describe en el componente C: *Capacitación del personal*.

Nota: Es posible que haya una superposición entre diferentes funciones, es decir, un mismo individuo (o varios) puede tener diferentes funciones.

Ejemplos de funciones a considerar:

- Liderazgo del programa, es decir, tiene suficiente conocimiento y comprensión sobre el trabajo que se desarrolla en el proyecto.
- Gestión de proyectos.
- Implementación de las actividades.
- Monitorización de la calidad y efectividad del programa.
- Tareas administrativas y comerciales (p. ej., contabilidad, compras).
- Coordinación externa, es decir, establecimiento de relaciones y preparación para la cooperación con otras entidades, publicidad.

5.3.7 La configuración del equipo es apropiada para la población diana.

Ejemplo: La etnicidad y diversidad de los miembros del personal son (probablemente) aceptables para la población diana.

5.3.8 Las tareas y funciones se distribuyen adecuadamente entre los miembros del personal.

Nota: La distribución de tareas y funciones debe considerar las titulaciones de los miembros del personal, su nivel de experiencia y su equilibrio en la carga de trabajo.

Ejemplo de consideración: Las tareas especializadas son llevadas a cabo por miembros del personal con las titulaciones y acreditaciones correspondientes (p. ej., psicólogo colegiado); si fuera necesario, se busca personal externo especializado.

5.3.9 Los recursos humanos necesarios están (probablemente) disponibles.

Ejemplos de aspectos a considerar: Tienen disponibilidad de tiempo, están disponibles para realizar las funciones requeridas y el número de personal es suficiente.

Ejemplo de evidencia: Miembros del personal o redes existentes.

5.3.10 Los miembros del personal están (posiblemente) preparados para participar en el programa.

Ejemplo de preparación del personal: Los profesores aceptan la necesidad de una intervención escolar.

5.3.11 Los miembros del personal (seguramente) tienen claras sus responsabilidades y funciones.

Ejemplo de evidencia: La división de tareas está definida por escrito en cada etapa del proyecto.

5.3.12 Los miembros del personal se seleccionan de acuerdo con las necesidades del programa.

Nota: Esto puede referirse a la asignación de los miembros del personal existente al programa, así como a la selección de nuevos miembros del personal.

Etapa 5 del proyecto: Gestión y movilización de recursos – 5.3 Configuración del equipo

Estándares avanzados adicionales:

5.3.13 El procedimiento escrito para la selección y contratación del personal específica:

- Normas internas de selección del personal cuando la legislación vigente es demasiado general.
- Reglas relativas a la participación del personal propio y de los voluntarios en el programa.

Ejemplos de aspectos a considerar: Las calificaciones y/o la experiencia profesional, las expectativas de la población diana hacia los miembros del personal.

Estándar básico si los internos y/o voluntarios están involucrados.

Nota: Por ejemplo, se puede solicitar la comprobación de los antecedentes penales.

- Reglas respecto a la participación de miembros del personal con problemas previos o actuales.

Estándar básico si, por ejemplo, antiguos consumidores de drogas o actuales, están incluidos como miembros del personal.

Nota: Las reglas deben ser sensibles al valor del empleo en la rehabilitación y la reinserción social de, por ejemplo, antiguos consumidores de drogas o actuales. Por lo general, no debería descartarse la participación de consumidores de drogas antiguos o actuales que deseen adquirir experiencia laboral (UKDPC, 2008). Las reglas pueden especificar los requisitos de desarrollo del personal (véase C: *Capacitación del personal*).

Ejemplos de problemas: Problemas previos o actuales con drogas legales o ilegales, personas convictas por crímenes o delitos previos contra niños.

5.3.14 Se describen las responsabilidades actuales de los miembros del personal existente.

Ejemplos de miembros del personal existente: Responsable de los internos o facultativos, gerente del servicio.

5.4 Captación y retención de los participantes

Los participantes son aquellos que toman parte o reciben la intervención de manera directa (p. ej., al participar en una actividad, al estar expuestos a un mensaje de prevención de drogodependencias). Dependiendo del tipo de programa, los participantes provienen de la población diana final (p. ej., los jóvenes en riesgo de consumir drogas) o una población diana intermedia (p. ej., sus familias, los compañeros, sus profesores) (ver 3.1: *Definición de la población diana*).

El reclutamiento se refiere al proceso de selección de los individuos que pueden ser elegidos de la población diana, a los cuales se les informa sobre el programa, se les invita a participar, son inscritos y se asegura de que comiencen la intervención (p. ej., que asistan a la primera sesión). Pueden usarse diversos medios para promover la participación en el programa, por ejemplo, la divulgación, el boca a boca, con anuncios publicitarios, que vayan remitidos a través de otras entidades (UNODC, 2009a). Al reclutar a los participantes, deben observarse los principios éticos de la prevención de las drogodependencias, proporcionando información transparente, veraz y completa sobre la participación en el programa y obteniendo el consentimiento informado de los participantes, cuando sea posible (ver D: *Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias*; 5.6: *Aportación de una descripción del programa*).

La muestra que participa debe ser representativa de la población que se ha definido como diana (es decir, que refleje sus características), de modo que los resultados se puedan generalizar a la población diana más amplia. Este requisito es esencial cuando la intervención es parte de un ensayo de investigación científica. En tales casos, los participantes deben ser reclutados de una manera metodológicamente correcta para evitar sesgos. Esto se logra mejor trazando una muestra aleatoria para que, cada grupo particular o natural (p. ej., una clase de un colegio) tenga la misma probabilidad de ser seleccionado en la muestra. La selección aleatoria puede llevarse a cabo, por ejemplo, utilizando una lista generada por ordenador de números aleatorios. Además, la muestra participante debe ser lo suficientemente grande como para permitir una serie de análisis estadísticos (es decir, para lograr suficiente poder estadístico). Cuando la intervención no es parte de un ensayo de investigación científica (p. ej., servicios continuos dirigidos por un participante), pueden utilizarse otros métodos para la selección de los participantes. Entonces, es imprescindible documentar cómo se extrae a los participantes de la población diana, para que otros puedan

La retención se refiere al proceso que garantiza que todos los participantes permanezcan en la intervención hasta que ésta haya terminado y/o hasta que se hayan alcanzado los objetivos (lo que resulte más apropiado) (véase también la definición de "terminación" en 4.1: *Diseñado con calidad y efectividad*). La retención de los participantes es esencial para asegurar que la intervención es efectiva (es decir, los participantes no pueden alcanzar los objetivos si abandonan antes de lo planificado de antemano). La retención es particularmente importante cuando se planifica una evaluación de resultados (ver 4.4: *Si se planifican evaluaciones finales*, 7.1: *Si se realiza una evaluación de resultados*). Si no se dispone de los datos de resultados posteriores a la intervención de todos los participantes porque el tamaño de la muestra se ha reducido, puede significar que no sea posible realizar todos los análisis estadísticos previstos. En tales casos, deben utilizarse análisis que tengan en cuenta el abandono o retirada de algunos destinatarios de una intervención (p. ej., el análisis de la "intención de tratamiento" –"Intention-to-Treat, ITT"-). Si los resultados de la evaluación deben generalizarse a una población diana más amplia, también se debe considerar cómo, los participantes que abandonaron, difieren de los que permanecieron. Por consiguiente, los requisitos de subvención deben planificarse de manera que se disponga de fondos suficientes para

asegurar que todos los participantes puedan completar la intervención (véase 5.2: *Planificación de las necesidades de financiación*).

La probabilidad de reclutar y retener con éxito a los participantes puede incrementarse tomando medidas especiales para hacer más atractiva la participación en el programa. Un aspecto importante es identificar y eliminar posibles barreras a la participación. Estas barreras pueden estar relacionadas con aspectos prácticos (cómo haber escogido un lugar o momento que no le conviene a los destinatarios, no haber tenido en cuenta sus responsabilidades familiares, el analfabetismo de la población diana), o pueden ser de naturaleza más sutil (por ejemplo, que participar suponga un riesgo de estigma para los participantes, que el programa no les resulte aceptable culturalmente, que perciban la intervención como irrelevante). También es posible ofrecer comodidades e incentivos adicionales (por ejemplo, pagarles el transporte, ofrecerles guardería para sus hijos, ofrecer un "premio" a los que completen la intervención). Cuando se pretende ofrecer incentivos económicos, deben tenerse en cuenta las posibles ventajas y desventajas. Los vales (por ejemplo, para gastar en supermercados) son preferibles a los pagos en efectivo, si existe la preocupación de que los participantes gastarán el incentivo en drogas. El acceso también puede ampliarse, por ejemplo, realizando un esfuerzo especial para incluir a las poblaciones "difíciles de alcanzar".

A veces, las tasas de retención pueden considerarse como un indicador de la calidad general del programa (es decir, si a los participantes "les gusta" el programa, participarán). A pesar de que los participantes con necesidades más severas pueden ser más propensos a abandonar, la retención también puede depender del propio programa. Por ejemplo, aspectos de la composición del personal y de la conducta de éstos o del contenido y la forma de implementar la intervención, pueden tener un impacto en las tasas de retención (véase 5.3: *Constitución del equipo, C: Capacitación del personal*). Las consultas realizadas a expertos para elaborar estos estándares, apuntaron que la adaptación de la intervención a la población destinataria fue un factor importante para asegurar la retención (véase 4.3: *Adaptación de la intervención a la población diana*). En ciertos casos, los promotores pueden optar por adaptar la intervención mientras se implementa. Por ejemplo, un profesional puede decidir llevar a cabo una sesión interactiva en una clase de la escuela llena de alumnos cansados, en lugar de la conferencia que estaba planificada, para aumentar su nivel de participación. Sin embargo, tales modificaciones deben estar bien justificadas para que no tengan un impacto negativo en la fidelidad y efectividad de la intervención (véase 6.4: *Adaptación de la implementación*); en una planificación ideal, este nivel de flexibilidad ya estaría incluido en el diseño de la intervención (p. ej., describiendo cómo, en el día a día, se puede cambiar el orden de las actividades para satisfacer las necesidades de los participantes).

Sin embargo, la búsqueda de altas tasas de retención no debe anular los principios éticos de la prevención de las drogodependencias. Cuando la participación no es un requisito legal, la participación debe ser voluntaria y los promotores deben respetar los derechos de los participantes, incluido su derecho a retirar su participación en cualquier momento sin dar una razón. Los participantes deben ser tratados como individuos libres, y no forzados a permanecer en el programa en el caso de que deseen interrumpir su participación.

Puede que no sea posible o necesario reclutar y retener a los participantes en todas las actividades de prevención que se describieron anteriormente. Por ejemplo, en los trabajos de divulgación, mientras se observen los principios que subyacen a este componente, puede ser necesario adoptar un enfoque menos formal para el reclutamiento. En otros casos, el reclutamiento y la retención pueden referirse a una unidad más grande (p. ej., la organización receptora) en lugar de individuos. Por ejemplo, en las actividades universales para la escuela, los niños pueden no tener que ser reclutados y retenidos formalmente cuando la educación sobre drogas forma parte de los requisitos

del plan de estudios. En tales casos, el reclutamiento y la retención se referirían entonces a las propias escuelas (p. ej., informando a las escuelas sobre el programa y asegurando su colaboración y continuidad) (ver B: *Comunicación y participación de los grupos de interés*).

Se puede encontrar más información sobre cómo reclutar y retener a los participantes, por ejemplo, en el manual *Guía para implementar programas de capacitación en habilidades familiares para la prevención del uso indebido de drogas (Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention, UNODC, 2009a)*, sobre los cuales se basan principalmente estos estándares.

Etapa 5 del proyecto: Gestión y movilización de recursos – 5.4 Captación y retención de los participantes

Estándares básicos:

5.4.1 Está claro cómo se extrae a los participantes de la población destinataria definida.	Es decir, está claro cómo se seleccionan los participantes de entre todos los miembros de la población objetivo.
5.4.2 Se definen los mecanismos utilizados para reclutar a participantes.	Es decir, está claro cómo se invita a los miembros de la población diana a participar en la intervención. Ejemplo de mecanismo de captación: Carteles expuestos en clínicas de salud sexual.
5.4.3 Se toman medidas específicas para maximizar la captación y la retención de participantes. El programa:	
<ul style="list-style-type: none"> • Es asequible para la población destinataria. 	Es decir, tiene un bajo coste o es gratuito para los destinatarios.
<ul style="list-style-type: none"> • Ofrece horarios y lugares adecuados para la población destinataria. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Garantiza la confidencialidad. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Evita el 'etiquetado' de los participantes o de la población diana más amplia. 	Propósito: Asegura que los participantes no se sientan avergonzados de participar en el programa.

Etapa 5 del proyecto: Gestión y movilización de recursos – 5.4 Captación y retención de los participantes

Estándares básicos adicionales, si se proporciona a los participantes información sobre el programa como parte del procedimiento de incorporación:

5.4.4 La información sobre el programa:	Véase también 5.6: <i>Aportación de una descripción del programa.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Se corresponde con la realidad y está al día. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Se presenta de una forma comprensible y adecuada para la población destinataria. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Se distribuye utilizando medios y canales adecuados. 	

Etapa 5 del proyecto: Gestión y movilización de recursos – 5.4 Captación y retención de los participantes

Estándares avanzados adicionales:

5.4.5 Los participantes son reclutados de la población diana definida:

- Utilizando muestreo probabilístico.
- Recurriendo a las redes existentes y a través de otras actividades.
- En aquellos momentos de transición relevantes en sus vidas ("puntos de vulnerabilidad").

Estándar básico si la intervención se administra como parte de un ensayo controlado aleatorio (ECA).

Ejemplos: Redes escolares o comunitarias existentes, trabajo de divulgación.

Ejemplos de momentos de transición: Eventos esperados, como pasar de la Educación Primaria a la Secundaria; eventos inesperados, como el divorcio de los padres (UNODC, 2009a, p.24).

5.4.6 La participación en el programa está abierta a todos los miembros de la población destinataria.

Es decir, no se discrimina a ciertos miembros de la población destinataria.

Nota: Si hay razones justificables para excluir a ciertos miembros de la población destinataria, es posible que sea necesario revisar la definición de la población diana.

Ejemplos de aspectos a tener en cuenta: Igualdad en el acceso al programa, independientemente del sexo, edad, raza o creencias religiosas.

5.4.7 La persona que recluta a los potenciales participantes es elegida apropiadamente.

Ejemplo: Se prefiere elegir a alguien que ha participado con éxito anteriormente, en lugar de elegir a personal de investigación de la universidad.

5.4.8 Los miembros de la población diana están informados sobre el programa.

5.4.9 La información sobre el programa está disponible públicamente.

5.4.10 Con el fin de maximizar el reclutamiento y la retención de participantes:

- Se accede al programa sin demoras innecesarias.
- El programa identifica los posibles obstáculos prácticos para los participantes y toma medidas para reducirlos.
- El programa ofrece facilidades a los participantes.
- El programa ofrece a los participantes una selección de los miembros del personal, incluyendo sus datos o antecedentes propios.
- El programa ofrece incentivos a los participantes.
- Hace esfuerzos adicionales para aumentar el acceso de las poblaciones "difíciles de alcanzar".

Ejemplo: El intervalo entre la inscripción y la primera sesión de la intervención, es lo más corto posible.

Ejemplo de barreras: Analfabetismo.

Ejemplos de medidas a tomar: Discutir los problemas con los participantes en la primera sesión, hacer una lluvia de ideas para encontrar soluciones.

Ejemplos de facilidades: Ofrecer cuidado de niños, proporcionar transporte y/o comidas, posibilidad de traer a otras personas a algunas sesiones (p. ej., al cónyuge, a los padres ancianos, al jefe).

Ejemplos de incentivos: Pueden ser pequeños regalos obsequiados a los participantes, o entregados por "sorteo", se puede planificar y organizar, junto con los participantes, una ceremonia de graduación para celebrar el final de la intervención (UNODC, 2009a).

Nota: Las poblaciones difíciles de alcanzar son las que incluyen a personas que no tienen acceso a programas y servicios debido a su exclusión social y a su estilo de vida marginal.

Ejemplo de poblaciones difíciles de alcanzar: Los alumnos (y sus familias) que están excluidos de la escuela.

5.5 Preparación de los materiales del programa

Los estándares en este componente se refieren a aquellos materiales necesarios para la implementación del programa. Esto incluye los instrumentos que se van a emplear para la monitorización (p. ej., cuestionarios), equipamiento técnico (p. ej., ordenadores, reproductores de DVD, proyectores), el entorno físico (p. ej., instalaciones interiores y exteriores), etc. Especificar qué materiales son necesarios, permite estimar los costes y cerrar el presupuesto (véase 5.2: *Planificación de las necesidades de financiación*), y tomar las medidas pertinentes para asegurar los materiales necesarios.

En este componente se hace especial hincapié en los materiales que se utilizan para hacer llegar el contenido de la intervención ("materiales de intervención"), como cuadernos de trabajo, DVD, manuales para la formación del personal, presentaciones, sitios web, etc. La información contenida en los materiales así como el tipo de medio utilizado, deben ser adecuados para los usuarios previstos. Por ejemplo, los materiales para la intervención deben adaptarse a las necesidades y características específicas de la población diana, que han sido identificadas en la evaluación de necesidades (véase Etapa 1 del proyecto: *Evaluación de necesidades* y 4.3: *Adaptación de la intervención a la población diana*). Los materiales de la intervención también deben responder a los principios éticos de la prevención de las drogodependencias, por ejemplo proporcionando información precisa y no tratando de asustar o manipular a los participantes (ver D: *Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias*).

El tipo de medios (p. ej., Internet, libros, películas) debe elegirse en consonancia con los hallazgos de la evaluación de necesidades, el modelo teórico y la evidencia científica (véase Etapa 1 del proyecto: *Evaluación de necesidades*, 3.2: *Utilización de un modelo teórico que sustente la intervención* y 3.5: *Empleo de la evidencia de efectividad*). Aunque el presupuesto pueda ser limitado, los materiales para la intervención deben estar adaptados culturalmente y ser reflejo de los propios materiales que suelen ser utilizados por la población diana y/o con los que la población diana está seguramente familiarizada. Algunas veces, los promotores pueden desear que se utilice una determinada forma de presentación de los materiales porque es barata, se accede a ella fácilmente, está disponible o se la percibe como única o innovadora (p. ej., sitios web de redes sociales). Sin embargo, tales propuestas no deben anular el requisito de elegir aquellos materiales de intervención que correspondan a las necesidades de la población diana (p. ej., las intervenciones de prevención de las drogodependencias basadas en Internet pueden no ser adecuadas para participantes con baja preparación informática).

Siempre que sea posible, los materiales deben ser probados mediante una intervención piloto con la población diana a la que se dirigen, para asegurarse de que son atractivos, fáciles de comprender y apropiados para la implementación (véase 6.1: *Si se desarrolla una intervención piloto*). Después, los materiales deben adaptarse de acuerdo con los resultados del pilotaje.

Como no todos los programas de prevención de drogodependencias requieren materiales para la intervención, estos estándares sobre materiales para la intervención sólo se aplican cuando se utilizan.

Etapa 5 del proyecto: Gestión y movilización de recursos – 5.5 Preparación de los materiales del programa

Estándares básicos:

5.5.1 Se especifican los materiales que son necesarios para la implementación del programa.

Ejemplos de materiales: Los materiales para la intervención (p. ej., libros de trabajo, DVD, manuales para la capacitación del personal), los instrumentos para la monitorización y evaluación, el equipamiento técnico, el lugar físico.

Nota: Esta especificación puede mostrar que no se requieren unos materiales concretos.

Etapa 5 del proyecto: Gestión y movilización de recursos – 5.5 Preparación de los materiales del programa

Estándares básicos adicionales, si se utilizan materiales para la intervención:

5.5.2 La información proporcionada en los materiales de intervención:

- Es específica.
- Es relevante para las necesidades de los que los van a utilizar (es decir, los participantes o los miembros del personal).
- Está actualizada.
- Es correcta.
- Está equilibrada en términos de aspectos positivos y negativos del consumo de drogas;

Propósito: Evitar la distorsión de la información y la manipulación de los participantes.

Nota: Para algunos tipos de intervención (p. ej., aquellas que ilustran las consecuencias legales del consumo de drogas), los aspectos positivos del consumo de drogas pueden no ser relevantes.

Véase también D: *Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias*.

- Ha sido probada y corregida.

Es decir, es precisa, estructurada y está bien presentada.

Etapa 5 del proyecto: Gestión y movilización de recursos – 5.5 Preparación de los materiales del programa

Estándares avanzados adicionales:

5.5.3 Los costes de los materiales se corresponden con el presupuesto disponible.

Estándar básico si se necesitan materiales.

Ejemplo de aspectos a considerar: Coste de los materiales, de las necesidades de entrenamiento del personal.

5.5.4 Se identifican los materiales que ya existen y que podrían utilizarse para el programa y se verifica su idoneidad.

Propósito: Evitar la duplicación de esfuerzos.

Ejemplos de materiales existentes: Materiales para la intervención (p. ej., manuales), instrumentos para monitorización y evaluación.

5.5.5 La información proporcionada en los materiales de intervención:

- No está simplificada en demasía.
- Incluye las referencias (bibliografía).

Estándar básico para los manuales del personal.

5.5.6 Los materiales para intervenir están disponibles para:

Ejemplos de materiales de intervención: Manuales, folletos.

- Los miembros del personal y la población diana participante.
- Otros grupos de interés relevantes para el programa.

Ejemplos de otros grupos de interés relevantes: Miembros de la población destinataria que no participan en el programa, expertos, profesores, población general.

5.6 Aportación de una descripción del programa

Una descripción escrita del programa de prevención de drogodependencias es un producto que se realiza para que las partes intervinientes, como la población diana, los que otorgan subvenciones y otros grupos de interés, puedan obtener información sobre el programa antes de que éste comience y/o mientras está en curso. En consecuencia, el objetivo de esta descripción es ofrecer una clara visión general del programa. Cuando la descripción se utiliza para informar a la población destinataria sobre el programa (p. ej., durante la captación), se debe hacer especial hincapié en las condiciones y las posibles consecuencias de la participación (p. ej., precio, beneficios y riesgos).

El nivel de detalle en la descripción del programa depende de la trascendencia del programa y de los posibles receptores de la descripción. Si la descripción se utiliza para la captación de participantes, las actividades de intervención deben ser descritas con suficiente detalle como para permitir que, los miembros de la población diana, tomen una decisión informada sobre si desean participar o no (ver 5.4: *Captación y retención de los participantes D: Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias*). Sin embargo, es posible que ciertos aspectos del programa cambien durante la implementación, y si la descripción es demasiado específica puede resultar ser (inesperadamente) información inexacta. Por lo tanto, la descripción debe ser lo suficientemente general como para permitir cierto nivel de flexibilidad y modificaciones. Esto es particularmente importante cuando se describe el programa como parte de una solicitud de subvención.

Si la descripción del programa está disponible para terceros durante la implementación (p. ej., como parte de una política de prevención del consumo drogas de la escuela, en el sitio web del promotor), debe actualizarse periódicamente para garantizar que la información proporcionada sea exacta y puesta al día. Si el programa se continuase en el futuro con nuevos participantes, la descripción del programa deberá actualizarse después de la implementación inicial para proporcionar más detalles (de acuerdo con la experiencia de implementación) y para reflejar cualquier cambio que se haya hecho en el programa.

La descripción del programa hay que diferenciarla de la planificación del proyecto y del informe final. La planificación del proyecto, es un instrumento interno para guiar la aplicación del programa (ver 5.1: *Planificación del programa - Ilustración de la planificación del proyecto*). Para las nuevas solicitudes de subvención, es recomendable elaborar un documento combinado que incluya la descripción del programa y la planificación del proyecto. La descripción del programa también es diferente del informe final que resume el programa una vez que ha terminado (véase 8.3: *Si se elabora un informe final*).

Etapa 5 del proyecto: Gestión y movilización de recursos – 5.6 Aportación de una descripción del programa

Estándares básicos:

5.6.1 Existe una descripción escrita del programa.	
5.6.2 La descripción del programa es:	
<ul style="list-style-type: none"> • Clara y comprensible para todos los receptores destinatarios previstos. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Accesible (al menos en parte) para todos los receptores destinatarios previstos. 	Ejemplos de destinatarios: Población diana, financiadores.
<ul style="list-style-type: none"> • Revisada periódicamente para que refleje los cambios ocurridos durante la implementación. 	

Etapa 5 del proyecto: Gestión y movilización de recursos – 5.6 Aportación de una descripción del programa

Estándares básicos (cont.):

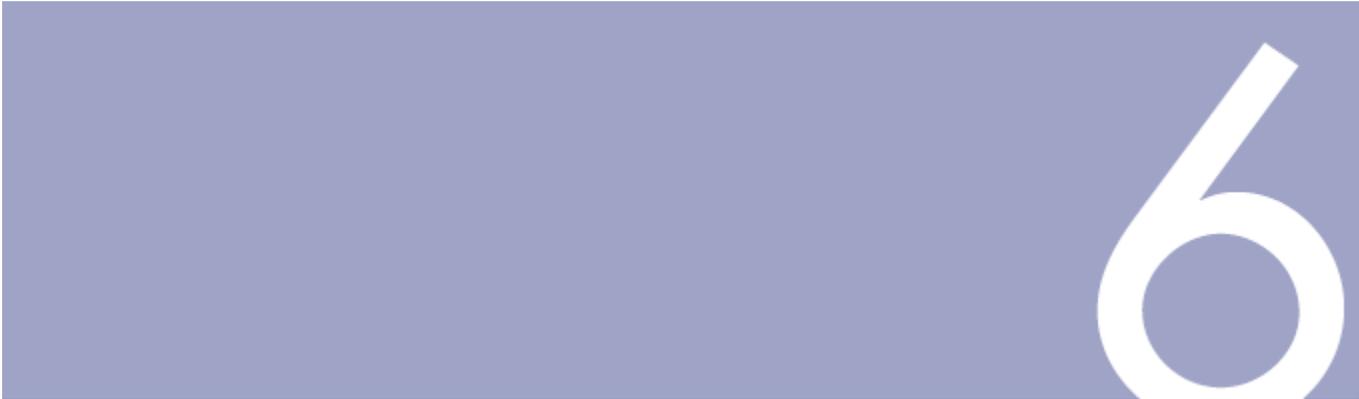
5.6.3 La descripción del programa incluye lo siguiente:	
<ul style="list-style-type: none"> • La justificación del programa. 	<p>Nota: Los miembros del personal tal vez deseen no mostrar cierta información (p. ej., datos de evaluación de necesidades sobre cuestiones delicadas, predicciones de las consecuencias probables en la población si no se realiza la intervención).</p> <p>Ejemplo: Resultados de la evaluación de necesidades.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Fines, metas y objetivos. 	
<ul style="list-style-type: none"> • La definición de la población diana. 	
<ul style="list-style-type: none"> • La intervención. 	
	<p>Es decir, las actividades que se realizan con los participantes y el contenido de la intervención.</p> <p>Ejemplos de aspectos a considerar: Duración, intensidad y frecuencia de las actividades, clasificación como prevención universal, selectiva, indicada o por niveles.</p> <p>Ejemplos de estructuración: Atendiendo a los objetivos, según el escenario (si hay varios escenarios).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • El cronograma del programa. 	Es decir, fechas de inicio y finalización previstos.
<ul style="list-style-type: none"> • Los beneficios para los destinatarios. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Los riesgos para los destinatarios. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Las reglas sobre la confidencialidad de los participantes. 	

Etapa 5 del proyecto: Gestión y movilización de recursos – 5.6 Aportación de una descripción del programa

Estándares avanzados adicionales:

5.6.4 El flujo lógico de las actividades del programa se ilustra en una representación gráfica.	Es decir, le programa es representado en forma de modelo lógico.
5.6.5 La descripción del programa describe lo siguiente:	
<ul style="list-style-type: none"> • El modelo teórico. 	
<ul style="list-style-type: none"> • La evidencia de efectividad. 	Ejemplo de evidencia: Referencias bibliográficas.
<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de evaluación y cotas de referencia. 	Es decir, medidas de resultado y/o proceso y estimaciones específicas.
<ul style="list-style-type: none"> • Adaptaciones planificadas de una intervención ya existente. 	
<ul style="list-style-type: none"> • La capacidad del programa. 	Es decir, el número máximo y mínimo de participantes.
<ul style="list-style-type: none"> • Una declaración sobre los derechos de los participantes. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Reglas mínimas de seguridad. 	
<ul style="list-style-type: none"> • El código de ética. 	
<ul style="list-style-type: none"> • El precio por participación en el programa. 	Estándar básico cuando la participación no es gratuita.

ETAPA SEIS

A large purple rectangular block with a white number 6 on the right side.

DEL PROYECTO

Etapa 6 del proyecto:

Implementación y monitorización



En esta etapa, se ejecuta la planificación elaborada previamente. Una cuestión particular en este punto es la necesidad de mantener un equilibrio entre la fidelidad (es decir, la adherencia a lo planificado) y la flexibilidad (la respuesta ante situaciones emergentes). Los componentes de esta fase describen cómo se puede lograr este equilibrio, revisando la calidad y el progreso de la implementación y haciendo modificaciones controladas para mejorar el programa.

6.1 Si se desarrolla una intervención piloto: En algunos casos, la intervención debe ser probada primero implementándola a menor escala. Esto ayuda a identificar posibles problemas prácticos y otras debilidades que no surgieron durante la planificación. Por consiguiente, los desarrolladores del programa tienen la oportunidad de hacer ajustes finales y de bajo coste antes de la implementación real.

6.2 Implementación de la intervención: Una vez que se dispone de la suficiente evidencia de que la intervención de prevención de drogodependencias prevista será efectiva, viable y ética, ésta se implementa según lo previsto en la planificación del proyecto. Para facilitar la posterior evaluación

e informe final del programa, la implementación se documentará en detalle, incluyendo datos sobre situaciones inesperadas, desviaciones de lo planificado y los fallos que ocurran.

6.3 Monitorización de la implementación: Durante la implementación del programa, la realización de revisiones regulares de los progresos ayuda a identificar la necesidad de modificaciones. Se deben recoger y analizar periódicamente datos de proceso y de resultados, por ejemplo, datos sobre la pertinencia de la intervención para los participantes, la fidelidad a la planificación del proyecto y la efectividad encontrada. La aplicación real de la intervención y otros aspectos del programa se comparan con lo que se estableció en la planificación del proyecto. La monitorización asegura que la implementación sea de calidad, pero también permite a los promotores mejorarla, identificando y respondiendo con cambios a las exigencias que adicionalmente se presenten, antes de que éstas puedan representar una amenaza para el éxito del programa.

6.4 Adaptación de la implementación: La aplicación del programa necesita flexibilidad para poder responder a los problemas que puedan surgir, cambios en prioridades, etc. Cuando sea necesario y posible, la ejecución del programa deberá ajustarse a los resultados de la monitorización. Sin embargo, las modificaciones deben ser mínimas y bien justificadas, valorando su potencial impacto negativo en el programa. En consecuencia, si se realizan ajustes, éstos deben ser documentados y evaluados para poder comprender el efecto que tuvieron sobre los participantes y el éxito del programa.

6.1 Si se desarrolla una intervención piloto

Incluso cuando un programa está teóricamente bien planificado, es posible que en la práctica las cosas funcionen muy diferente de lo esperado. Por ejemplo, es posible que la población diana no esté preparada para participar en la intervención, que los participantes no acepten los materiales previstos en la intervención, o que haya otras barreras imprevistas que dificulten la participación (ver 5.4: *Captación y retención de los participantes*). En particular, cuando se desarrolla un programa nuevo sin involucrar a representantes de la población diana, algunas barreras pueden permanecer invisibles durante la fase de planificación. Una vez que la implementación se ha puesto en marcha, puede ser muy costoso afrontar tales problemas, y si los problemas no pueden resolverse favorablemente, la ejecución del programa puede demorarse o incluso interrumpirse. Por lo tanto, se recomienda llevar a cabo una intervención piloto, ya que esta permite a los promotores hacer ajustes de bajo coste al diseño de la intervención y en la planificación del proyecto, antes de que el programa se desarrolle a mayor escala.

Una intervención piloto (o estudio piloto) es un ensayo de la intervención a menor escala, que se realiza antes de su completo despliegue (p. ej., con menos participantes, en sólo una o dos localizaciones). Su objetivo es identificar las debilidades de la intervención planificada, por ejemplo en relación con su viabilidad (¿los recursos han sido correctamente estimados?, ¿es demasiado ambicioso el programa?), su eficacia (¿se producen los resultados según lo esperado?), y la adecuación del contenido, materiales de intervención, instrumentos de evaluación, etc. (UNODCCP, 2000). Durante la intervención piloto, se pueden recoger datos de proceso y de resultados (limitados) que se utilizan para realizar una evaluación a pequeña escala. Los resultados de esta evaluación preliminar se comunican para mejorar la aplicación y que esta sea más adecuada.

Las consultas a expertos europeos para recoger información sobre el contenido de este componente indican que, debido a que los recursos son a menudo escasos, la necesidad de una intervención piloto dependerá de las circunstancias particulares del programa. En consecuencia, será esencial realizar una intervención piloto, cuando:

- La intervención nunca ha sido implementada previamente (es decir, es una intervención recientemente desarrollada).
- Se está utilizando una intervención existente pero se ha modificado significativamente.
- El programa recibe un gran apoyo económico, por ejemplo del gobierno.
- El programa está destinado a una amplia difusión, por ejemplo a escala nacional.
- Se deben probar nuevos materiales para la intervención, como manuales o un sitio web.
- La intervención se realiza como parte de una investigación científica, en cuyo caso la intervención piloto representaría un ensayo de su eficacia.

Puede haber otros escenarios en los que una intervención piloto sea esencial, por lo que las situaciones anteriores deben considerarse solamente como los ejemplos más destacados. Y a la inversa, puede que no sea necesaria una intervención piloto, si el programa utiliza una intervención existente, cuidadosamente adaptada, que ya se ha implementado con éxito en el pasado (véase 4.2: *Si se selecciona una intervención ya existente*).

Sin embargo, las intervenciones piloto pueden no ser siempre realizables debido a las circunstancias prácticas o a los recursos requeridos. Por ejemplo, puede ser difícil llevar a cabo un ensayo a

pequeña escala de un programa que ya es de pequeña escala (p. ej., el programa de prevención específico en una sola escuela). En tales casos, es particularmente importante la monitorización de la implementación (ver 6.3: *Monitorización de la implementación*). Cuando se planifiquen varias rondas de implementación del programa, la inicial deberá servir de base para las futuras aplicaciones.

En otros casos, la financiación disponible puede no permitir pilotar el programa. Esto pone de relieve que, cuando están recomendadas las intervenciones piloto, los comisionados y los que subvencionan deben poner a disposición fondos suficientes (de acuerdo con los ejemplos anteriores). Sin embargo, los expertos consultados, también han informado de que la intervención piloto a veces es, de hecho, la intervención final, ya que no se dispone de fondos para continuar el programa y aplicarlo plenamente después de su período de prueba. En tales casos, una estrategia de sostenibilidad puede ayudar a mantener el programa más allá de la fase piloto (véase A: *Sostenibilidad y financiación*, 8.1: *Se determina si el programa debe ser mantenido*).

El Estudio de caso nº 3, en *Desarrollo y evaluación de intervenciones complejas: nueva guía* (Case study 3 in *Developing and evaluating complex interventions: new guidance* - MRC, 2008), contiene dos ejemplos de cómo se llevaron a cabo unas intervenciones piloto y cómo se utilizaron los resultados para mejorar la implementación íntegra de la intervención.

Etapas del proyecto: Implementación y monitorización - 6.1 Si se desarrolla una intervención piloto

Estándares:

Los estándares de prevención de drogodependencias revisados, no incluían orientación detallada sobre intervenciones piloto, por lo tanto, este componente no enumera estándares explícitos.

6.2 Implementación de la intervención

Cuando hay suficiente evidencia de que la intervención de prevención de drogodependencias podrá ser efectiva, viable y ética, ésta puede ser implementada en su totalidad (p. ej., con muchos participantes, en todos los lugares, como un servicio normalizado) (ver 3.5: *Empleo de la evidencia de efectividad*, 6.1: *Si se desarrolla una intervención piloto* y D: *Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias*).

La intervención debe realizarse según lo previsto en la planificación del proyecto (véase Etapa 4 del proyecto: *Diseño de la intervención*, 5.1: *Planificación del programa - Ilustración de la planificación del proyecto*). La fidelidad describe el grado en que la implementación real de una intervención se corresponde con la planificación original (o con un diseño de la intervención cuidadosamente adaptado). Si, por ejemplo, los miembros del personal hacen modificaciones no planeadas, como reducir el número de sesiones o cambiar el contenido, la efectividad de la intervención puede verse afectada. Como resultado, la intervención puede llegar a ser menos efectiva, ineficaz o tener efectos iatrogénicos en los participantes. Sin embargo, esto no significa que el plan del proyecto tenga que seguirse estrictamente si se presenta una clara necesidad de modificación. Los estándares de los apartados 6.3: *Monitorización de la implementación* y 6.4: *Adaptación de la implementación* describen cómo hacer el seguimiento de la intervención y cómo llevar a cabo cuidadosos ajustes para asegurar un equilibrio entre la necesidad de fidelidad a la implementación y de flexibilidad para adaptarse a las nuevas situaciones.

Al tratar de entender cómo y por qué se lograron (o no) los resultados, es importante saber lo que sucedió durante la implementación de la intervención. Por lo tanto, es esencial documentar detalladamente cómo se implementó la intervención, incluyendo una descripción honesta de cualquier desviación del plan original, y cualquier otro evento digno de mención (p. ej., fallos, accidentes). Mantener tales registros facilita la elaboración de informes y la evaluación del proceso en las etapas posteriores del proyecto.

Cuando se planifica la realización de una evaluación de resultados, los datos se recogerán al menos al inicio y al final de la intervención para poder observar los posibles cambios. Los estándares recogidos en el componente 6.3: *Monitorización de la implementación*, también resaltan que para poder llevar a cabo la monitorización de la implementación, es necesario realizar una recogida sistemática de los datos de resultado y de proceso.

Se puede encontrar más información sobre la fidelidad de la implementación y directrices sobre cómo evaluarla, en la sección *Guía adicional*.

Etapa 6 del proyecto: Implementación y monitorización – 6.2 Implementación de la intervención
Estándares básicos:

6.2.1 La intervención se lleva a cabo:	
<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo con la planificación escrita del proyecto. • Con alta calidad. 	Es decir, con suficientes conocimientos y experiencia sobre prevención de drogodependencias y en trabajo en proyectos, y siguiendo los requisitos metodológicos.
<ul style="list-style-type: none"> • Dirigida a los participantes. 	Ejemplo: Teniendo en cuenta la perspectiva de los participantes.
6.2.2 La implementación de la intervención está adecuadamente documentada.	
6.2.3 La documentación incluye:	
<ul style="list-style-type: none"> • El seguimiento de la implementación de acuerdo con la planificación del proyecto que se desarrolló en la etapa de planificación. 	Ejemplo de evidencia: Se incluyen las fechas reales de cuando finalizan las distintas etapas del programa al ser completadas.
<ul style="list-style-type: none"> • Lo posibles fallos, y cómo fueron corregidos. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Los ajustes y cambios hechos a la planificación original del proyecto. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Incidentes inesperados y respuestas a ellos. 	Ejemplos de incidentes inesperados: Accidentes, emergencias.

Etapa 6 del proyecto: Implementación y monitorización – 6.2 Implementación de la intervención
Estándares básicos adicionales, si se realiza una evaluación de resultados:

6.2.4 Se recogen datos para la evaluación de los resultados:	
<ul style="list-style-type: none"> • De referencia. 	Es decir, medición inicial de los indicadores de evaluación de resultados.
<ul style="list-style-type: none"> • Al final de la intervención ('post-intervención'). 	Ejemplo de medida en el tiempo: Evaluación del cambio después de la última sesión.

Etapa 6 del proyecto: Implementación y monitorización – 6.2 Implementación de la intervención
Estándares avanzados adicionales:

6.2.5 La intervención se lleva a cabo:	
<ul style="list-style-type: none"> • De manera sistemática y secuencial. • Involucrando a los destinatarios en el proceso de implementación. 	Ejemplo de participación de los destinatarios: Se pide a los participantes información sobre las actividades (lo cual también puede ser parte de la recogida de datos para la monitorización y la evaluación de proceso).
6.2.6 Los datos para la evaluación de resultados se recogen periódicamente durante la intervención.	Ejemplo de medida en el tiempo: Evaluación del cambio después de cada sesión.

6.3 Monitorización de la implementación

Incluso si una intervención de prevención de drogodependencias está bien planificada, probada y llevada a cabo de acuerdo con la planificación del proyecto (véase Etapa 3 del proyecto: *Formulación del programa*, 6.1: *Si se desarrolla una intervención piloto* y 6.2: *Implementación de la intervención*), no hay garantías de que la intervención se desarrolle sin problemas y que produzca los resultados esperados. Por lo tanto, la implementación debe ser revisada con frecuencia para que los problemas emergentes puedan ser identificados rápidamente y solucionados (ver 6.4: *Adaptación de la implementación*).

Las consultas a los expertos europeos en prevención para desarrollar estos estándares, indicaban que en algunos países, como el Reino Unido, el término 'monitorización' podía estar asociado con un control de calidad externo (p. ej., la exigencia de proporcionar informes periódicos actualizados a los financiadores), o la recogida de datos para su análisis externo (p. ej., los datos son solicitados por el comisionado para evaluar si se cumplen los objetivos regionales). Aunque los promotores pueden utilizar los resultados de las revisiones de la implementación a través de la monitorización, para proporcionar informes actualizados para los comisionados y entidades financiadoras, en estos estándares, el objetivo principal de la monitorización, es estimular el control interno de la calidad del programa.

Como parte de la monitorización, durante la implementación, los datos de proceso y de resultados se recogen y analizan periódicamente y, la ejecución real, se compara con lo establecido en la planificación del proyecto (véase 5.1: *Planificación del programa - Ilustración de la planificación del proyecto*). El objetivo de la monitorización es entender, por ejemplo, si el programa es:

- Implementado según lo previsto (p. ej., tal como se define en la planificación del proyecto).
- Relevante para los participantes (p. ej., ¿se corresponde con las necesidades de los participantes?, ¿es apropiada la adaptación?). (Véanse las Etapas del proyecto 1: *Evaluación de necesidades*; y 4: *Diseño de la intervención*).
- Ético (p. ej., ¿los participantes han presentado alguna queja? ¿los miembros del personal se comportan apropiadamente?) (Ver D: *Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias*).
- Efectivo (p. ej., ¿la intervención produce cambios como se espera?, ¿el progreso de los participantes es más lento de lo esperado?) (Véase 3.3: *Definición de fines, metas y objetivos*).
- Viable (p. ej., ¿serán suficientes los recursos hasta la finalización del programa?, ¿se pueden alcanzar los objetivos?, ¿se puede mantener la fidelidad?).

En consecuencia, la monitorización concierne a las actividades de intervención, así como a otros aspectos del programa, como las necesidades de los participantes, los recursos, etc.

La monitorización asegura que la implementación sea de alta calidad. Además, permite al personal mejorarla mediante la identificación y respuesta a los cambios o exigencias adicionales antes de que éstas supongan una amenaza para el éxito del programa. Las revisiones periódicas del progreso también pueden ayudar a identificar si hay necesidad de modificar el plan original. Los intervalos entre las revisiones de la monitorización deben ser adecuados a la duración e intensidad de la intervención. Si las revisiones se llevan a cabo con mucha frecuencia, los intervalos pueden ser demasiado cortos para notar los cambios y las revisiones pueden requerir demasiados recursos. Por

otro lado, si los intervalos entre revisiones son muy largos, entonces pueden surgir problemas y ser difíciles de resolver antes de que se noten.

En los programas en los que no se considere apropiado o viable obtener resultados finales y realizar las evaluaciones de proceso (ver 4.4: *Si se planifican evaluaciones finales*), la monitorización puede ser una alternativa aceptable a la realización de evaluaciones más completas y formales.

Se puede encontrar más información sobre la calidad de la implementación en la sección *Guía adicional*.

Etapa 6 del proyecto: Implementación y monitorización – 6.3 Monitorización de la implementación

Estándares básicos:

6.3.1 La monitorización es parte integral de la fase de implementación.	Es decir, los miembros del personal entienden su utilidad.
6.3.2 Se especifica una persona o equipo como responsable de la monitorización del programa.	
6.3.3 Se especifica el proceso de monitorización.	
6.3.4 Los datos de resultados y proceso son:	
<ul style="list-style-type: none"> • Recogidos con la frecuencia establecida durante la implementación. • Revisados a intervalos frecuentes durante la implementación. • Revisados sistemáticamente. 	Es decir, se comparan con la planificación escrita del proyecto.
6.3.5 Los temas que se tienen en la revisión de la monitorización incluyen:	
<ul style="list-style-type: none"> • La planificación del proyecto. • Si los participantes representan a la población diana definida. • Si se están logrando los cambios esperados. 	Es decir, si necesita ser actualizado.
<ul style="list-style-type: none"> • Los posibles efectos iatrogénicos de la intervención (incluidos los "efectos secundarios"). 	Ejemplo de posibles "efectos secundarios": aumento del apego hacia los compañeros consumidores de drogas, a través de los contactos realizados durante el programa.
<ul style="list-style-type: none"> • La viabilidad. 	Es decir, lo que "funciona" o "no funciona" con los participantes.
<ul style="list-style-type: none"> • La calidad de la ejecución y la fidelidad de la implementación. • Los recursos. 	Es decir, si el programa se implementa como se establece en la planificación del proyecto. Ejemplo de aspectos a considerar: Si los recursos planificados están realmente disponibles; si los recursos disponibles son suficientes para la ejecución del programa; gastos excesivos o inesperados.
6.3.6 Las conclusiones indican qué elementos del programa y cuando necesitan ser modificados para que finalice con éxito.	

Etapa 6 del proyecto: Implementación y monitorización – 6.3 Monitorización de la implementación

Estándares avanzados adicionales:

<p>6.3.7 Está especificado cómo está organizado el proceso de monitorización.</p>	<p>Ejemplos de evidencia: Hay definido un procedimiento claro para la presentación de informes en el proceso de monitorización (p. ej., se muestra la frecuencia y los momentos en que se llevarán a cabo las reuniones de revisión).</p>
<p>6.3.8 Los temas tenidos en cuenta en la revisión de la monitorización incluyen:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades de los participantes. 	<p>Es decir, si se satisfacen las necesidades de los participantes y si estas necesidades han cambiado en el transcurso de la ejecución, desde la evaluación inicial de necesidades.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • La respuesta de los participantes a la intervención. 	<p>Ejemplo de aspecto a considerar: Se prepara a los participantes para la intervención.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • El proceso de adaptación. 	<p>Ejemplo de aspectos a considerar: Si la adaptación (cultural) es apropiada para los participantes; cómo contribuye o dificulta esta adaptación al éxito del programa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Una intervención externa. 	<p>Es decir, la calidad de las contribuciones realizadas por terceros.</p> <p>Estándar básico si se recurre a colaboradores externos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Si es necesario ajustar las metas y los objetivos del programa. 	<p>Ejemplos de aspectos a tener en cuenta: Según el nivel de éxito alcanzado, de acuerdo con los cambios en las necesidades de los participantes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier otro problema. 	<p>Ejemplos de aspectos a considerar: Preocupaciones éticas.</p>
<p>6.3.9 Se brinda feedback a los miembros del personal sobre las conclusiones de la monitorización.</p>	<p>Nota: El personal incluye voluntarios, personal propio, etc.</p>

6.4 Adaptación de la implementación

Si la intervención no produce los resultados esperados o si el personal se enfrenta a dificultades durante la implementación del programa (p. ej., tienen que esforzarse para reclutar participantes), entonces la implementación puede necesitar ser modificada o, si esto no es posible, suspendida (ver 8.1: *Se determina si el programa debe ser mantenido*). Las dificultades que surgen, los cambios en las prioridades, etc., pueden identificarse gracias a las revisiones de monitorización que se llevan a cabo regularmente (ver 6.3: *Monitorización de la implementación*). Para que los participantes puedan beneficiarse de las adaptaciones, éstas deben hacerse tan pronto como sea posible (es decir, mientras el programa todavía está en curso).

Sin embargo, es esencial que la intervención se lleve a cabo de acuerdo con la planificación del proyecto y, las modificaciones deben hacerse sólo, si éste requiere mejoras (ver 6.2: *Implementación de la intervención*). Las consultas realizadas a expertos europeos para elaborar estos estándares, indicaron que los cambios, a menudo, no son el resultado de reflexiones cómo mejorar el programa, sino debido a una falta de conocimientos (p. ej., no reconociendo la importancia de adherirse a la planificación del proyecto), falta de tiempo o de dinero (p. ej., omitir algún contenido de la intervención por quedarse sin tiempo), o simplemente por conveniencia (p. ej., percibir las actividades planificadas como demasiado trabajo). Esto pone de relieve la necesidad de una buena comunicación entre todos los miembros del personal responsables (p. ej., los técnicos propios, los ayudantes externos) y con los grupos de interés (p. ej., la organización receptora), para que entiendan la importancia de seguir el plan original (véase Componente B: *Comunicación y participación de los grupos de interés*).

Los cambios deben estar bien justificados (p. ej., basados en las conclusiones de la revisión de la monitorización) y alineados con la formulación del programa (p. ej., los objetivos que apoyan el programa, no deben amenazar la evidencia en la que se sustenta el programa), (véase Etapa 3 del proyecto: *Formulación del programa*). Es probable que los cambios produzcan resultados positivos sin efectos iatrogénicos, y que los principios éticos de la prevención de drogodependencias no se vean invalidados (ver D: *Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias*). Es importante destacar que las modificaciones deben ser mínimas para garantizar un equilibrio entre la fidelidad y la flexibilidad.

Los técnicos deben evitar hacer ajustes espontáneos mientras están llevando a cabo la intervención. Sin embargo, en algunos casos, puede estar justificado hacer cambios improvisados para adaptar mejor la intervención a las necesidades de los participantes (véase el componente 4.3: *Adaptación de la intervención a la población diana*). Por ejemplo, en una clase de la escuela, un profesor quiere realizar una sesión interactiva, pero al no estar dispuestos los alumnos a participar, decide darles la información con el formato de conferencia. Durante las consultas a los expertos europeos, un delegado describió esto como "flexibilidad dentro del resultado" (es decir, la capacidad de lograr los mismos resultados previstos, con diferentes métodos). Sin embargo, tal decisión requeriría una cuidadosa reflexión sobre cómo el cambio podría afectar a la fidelidad y efectividad de la intervención. Idealmente, este nivel de flexibilidad ya está incluido en el diseño de la intervención (p. ej., describiendo cómo se puede cambiar el orden de las actividades para satisfacer las necesidades de los participantes en el día a día) o en la planificación del proyecto (p. ej., con los planes de contingencia) (ver 5.1: *Planificación del programa - Ilustración de la planificación del proyecto*). Los miembros del personal también pueden recibir formación sobre

cómo resolver estos problemas, como parte de su capacitación y en el apoyo continuado (véase Componente C: *Capacitación del personal*).

Los miembros del personal deben ser informados de cualquier cambio en el programa; idealmente, los cambios deben ser acordados entre los miembros del personal. Por ejemplo, si una sesión con los participantes no fue muy bien, se puede celebrar una reunión entre los miembros del personal para discutir lo que salió mal y lo que se podría hacer de manera diferente. Los cambios también deben acordarse con otros grupos de interés para el programa cuando sea posible o necesario (p. ej., con los destinatarios, los comisionados, los responsables de la subvención). Sin embargo, los responsables del servicio, los comisionados y los financiadores, deben reconocer la necesidad de dicha flexibilidad. Esto se puede arreglar, por ejemplo, negociando por adelantado cuánta flexibilidad es posible sin el requisito de solicitar la aprobación formal (p. ej., como parte del acuerdo de subvención o servicio).

Cuando se hacen ajustes, es esencial documentarlos y evaluarlos, ya que de lo contrario el efecto de los cambios seguirá siendo desconocido. Los datos del proceso y de los resultados deben ser recogidos y analizados para entender si los ajustes realmente mejoraron la calidad y la efectividad de la intervención. Cuando ese es el caso, estos datos representan una importante contribución a la base científica de la evidencia para la prevención de las drogodependencias y deben ser difundidos (ver 8.2: *Difusión de la información sobre el programa*). La monitorización y evaluación también mostrarán si los cambios afectaron a la intervención de manera negativa, por ejemplo produciendo efectos iatrogénicos, y por lo tanto si deben ser invertidos.

En el caso de tratarse de ensayos de investigación científica, es particularmente importante que la implementación se adhiera estrictamente a la planificación del proyecto. Por lo tanto, no puede permitirse ajustar la implementación mientras el programa aún está en marcha. En tales casos, si bien los resultados de la revisión de la monitorización no pueden utilizarse para adaptar el programa en la implementación que se está llevando a cabo, sí forman parte de la evaluación de proceso y se utilizarán para mejorar versiones futuras del programa.

Puede encontrarse más información sobre la calidad de la implementación en la sección *Guía adicional*.

Etapa 6 del proyecto: Implementación y monitorización – 6.4 Adaptación de la implementación

Estándares básicos:

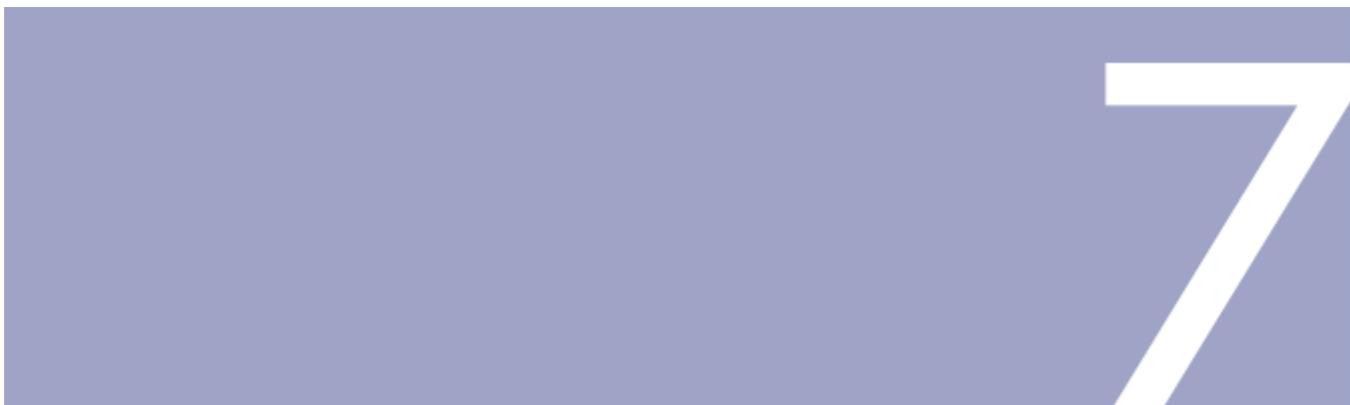
6.4.1 La implementación es flexible.	Es decir, si es necesario, son posibles las modificaciones del programa durante la fase de implementación; los miembros del personal tienen la flexibilidad necesaria para tomar decisiones basadas en las necesidades y circunstancias particulares de los destinatarios.
6.4.2 La implementación del programa se va adaptando, en la medida de lo posible, a las conclusiones de la monitorización.	Ejemplos de ajustes: Modificación de metas y objetivos, modificación de actividades, redefinición de necesidades, respuestas a problemas inesperados, se cambia la planificación del proyecto, se prueba una estrategia diferente si la estrategia inicial no está funcionando, se incluye una mayor adaptación cultural.
6.4.3 Las cuestiones y problemas se tratan de una manera apropiada para el programa.	Es decir, adecuada para la población diana, para los fines, metas y objetivos del programa, y en proporción con la magnitud del problema.
6.4.4 Los ajustes están bien justificados y sus motivos documentados.	Nota: Las adaptaciones deben ser alineadas con los objetivos y, cuando sea posible, con las metas y los fines. La documentación debe describir por qué se realizaron los cambios y quién los solicitó.

Etapa 6 del proyecto: Implementación y monitorización – 6.4 Adaptación de la implementación

Estándares avanzados adicionales:

6.4.5 El programa se actualiza en función de variaciones externas.	Ejemplos de variaciones externas: Cambios en la disponibilidad local de drogas, cambios en los patrones de consumo de drogas de la población diana, una nueva comunidad, novedades en el campo de la prevención de las drogodependencias, surge una nueva evidencia.
6.4.6 Los participantes están involucrados en la adaptación de la implementación del programa.	

ETAPA SIETE



DEL PROYECTO

Etapa 7 del proyecto:

Evaluaciones finales



Una vez que se ha completado la intervención, las evaluaciones finales valoran los resultados y/o el proceso de aplicación de la intervención y de la implementación del programa. Los estándares en esta etapa del proyecto deben examinarse conjuntamente con el componente *Si se planifican evaluaciones finales* de la Etapa 4 del Proyecto, ya que ese componente describe la evaluación con mayor detalle; y también señala qué previsiones son necesarias para garantizar que los datos recogidos durante la implementación del programa sean relevantes.

7.1 Si se realiza una evaluación de resultados: Todos los resultados deben presentarse según se definieron en la fase de planificación (es decir, de acuerdo con los indicadores de evaluación definidos previamente). Dependiendo de la amplitud del programa y del diseño de investigación elegido, se deben realizar análisis estadísticos que determinen la efectividad de la intervención para lograr los objetivos definidos. Cuando sea posible, es conveniente realizar una declaración informal sobre la efectividad de la intervención, que resuma los hallazgos de la evaluación de resultados.

7.2 Si se realiza una evaluación de proceso: La evaluación de proceso documenta lo que sucedió durante la implementación del programa. Además, analiza la calidad y la utilidad del programa al considerar su alcance y cobertura, la aceptación de la intervención por parte de los participantes, la fidelidad de la implementación y la utilización de los recursos. Los datos de la evaluación de proceso contribuyen a explicar las consecuencias de la evaluación de resultados y a comprender cómo se puede mejorar el programa en el futuro.

Los resultados de las evaluaciones de resultado y de proceso deben interpretarse conjuntamente para obtener una comprensión completa de los logros del programa. Este conocimiento será utilizado para aportar la información necesaria para la fase final del Proyecto, etapa 8: *Difusión y mejora*.

7.1 Si se realiza una evaluación de resultados

Como parte de la evaluación de resultados, los datos de los resultados se recogen y analizan sistemáticamente para valorar la efectividad de la intervención. Los estándares en este componente describen qué tipo de análisis se debe realizar con los datos de los resultados que se recogieron anteriormente, cómo se deben comunicar estos resultados, y cómo debe determinarse y documentar la eficacia de la intervención.

La evaluación de resultados de nivel básico tiene como objetivo comprender si la intervención produjo cambios en los participantes de acuerdo con las metas y objetivos definidos sin causar ningún daño (ver 3.3: *Definición de fines, metas y objetivos*; D: *Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias*), mientras que las evaluaciones de nivel avanzado buscarían investigar, por ejemplo, cómo los diferentes componentes de la intervención impactaron en la efectividad de la intervención, cómo afectaron a los participantes de manera diferente y si los hallazgos pueden generalizarse.

Si el programa se diseñó como un ensayo controlado aleatorio, es posible atribuir los cambios observados a la intervención (es decir, asumir que los cambios fueron causados por la intervención). Cuando los participantes no se seleccionaron al azar o no se asignaron aleatoriamente a los grupos de intervención y control, entonces se debe descartar un sesgo de selección antes de que los resultados se puedan atribuir a la intervención. La posibilidad de sesgo en sus múltiples formas debe considerarse y contabilizarse en todo momento. Del mismo modo, cuando se realiza la evaluación de resultados, las limitaciones del diseño de la investigación deben ser reconocidas y tenidas en cuenta, particularmente cuando se hacen declaraciones sobre la eficacia o efectividad de la intervención.

Es probable que los estándares básicos de este componente sean apropiados para la mayoría de las evaluaciones de resultados de programas a pequeña escala. Sin embargo, los programas a gran escala, diseñados para demostrar la eficacia o efectividad de una intervención particular con vistas a una difusión más amplia, también deberían cumplir con los estándares avanzados en este componente (es decir, todos los estándares, incluidos los marcados como 'avanzado', se considerarían de nivel básico para estos programas a gran escala). Las evaluaciones a gran escala también deben cumplir con los *Estándares de Evidencia* de EE. UU. (Flay et al., 2005), sobre los cuales se basa este componente. Sin embargo, los estándares de este componente sólo se aplican si se lleva a cabo una evaluación de resultados.

Las recomendaciones de la evaluación de resultados deben contextualizarse con los resultados de la evaluación de proceso para comprender cómo se lograron (o no) los resultados (véase 7.2: *Si se realiza una evaluación de proceso*). Lo cual permite a los promotores extraer conclusiones sobre si el programa debe continuar y mejorarse (ver Etapa 8 del Proyecto: *Difusión y mejora*) y cómo se debe continuar.

El Componente 4.4: *Si se planifican evaluaciones finales*, contiene más información sobre la importancia y las diferencias entre las evaluaciones de resultado y de proceso. Las preparaciones necesarias (p. ej., la recogida de datos, la especificación de los indicadores de evaluación) y los posibles retos, también se tratan en ese componente.

Puede encontrarse más información sobre la evaluación en la sección *Guía adicional*.

Etapa 7 del proyecto: Evaluaciones finales - 7.1 Si se realiza una evaluación de resultados	
Estándares básicos, si se lleva a cabo una evaluación de resultados:	
7.1.1. Se facilita el tamaño de la muestra sobre la que se realiza la evaluación de resultados, y éste es apropiado para el análisis de datos.	Es decir, aquellos participantes en los que la medición inicial de la línea base y las post-intervención son válidas.
7.1.2 Se realiza un análisis de datos adecuado, que incluye:	
<ul style="list-style-type: none"> • Un análisis de caso completo. 	Es decir, se incluyen en el análisis a todas las personas asignadas al grupo de intervención y, cuando corresponda, a las del grupo de control.
<ul style="list-style-type: none"> • La consideración del sesgo en las mediciones de seguimiento, causado por la deserción en los grupos de estudio, y los esfuerzos para minimizar este sesgo. 	Ejemplo de evidencia: Se describen los participantes que faltan en las mediciones de seguimiento y se comunican los motivos de su pérdida.
<ul style="list-style-type: none"> • Informes y manejo adecuado de los datos perdidos. 	Es decir, se incluye un informe con la extensión y los patrones de los datos perdidos.
<ul style="list-style-type: none"> • Explicaciones alternativas para los efectos observados. 	Ejemplo de explicación alternativa: Cuando se informa del aumento del comportamiento negativo, esto puede deberse a una mayor conciencia del comportamiento problema (es decir, los destinatarios pueden haber adquirido mayor conciencia de su comportamiento y reflejarlo en la evaluación, sin que dicho comportamiento haya aumentado).
7.1.3 Se comunican los hallazgos, que incluyen:	
<ul style="list-style-type: none"> • Los datos iniciales (línea base de la intervención). 	
<ul style="list-style-type: none"> • Los resultados post-intervención. 	Es decir, los valores en los indicadores de evaluación que se definieron.
7.1.4 Se comunican los hallazgos en cada indicador de evaluación de resultado medido, independientemente de los resultados.	Es decir, se comunican los resultados positivos y negativos, así como aquellos que no son estadísticamente significativos.
7.1.5 Los cambios se expresan en términos cuantitativos y/o cualitativos.	
7.1.6 Los resultados relativos a los cambios de comportamiento se distinguen de otros resultados.	Ejemplo: Las intenciones de consumir drogas y el consumo real de drogas, no se consideran equivalentes.

Etapa 7 del proyecto: Evaluaciones finales - 7.1 Si se realiza una evaluación de resultados

Estándares básicos, si se lleva a cabo una evaluación de resultados (cont.):

7.1.7 La eficacia de la intervención y el éxito general del programa se evalúan comparando los resultados reales con:	
<ul style="list-style-type: none"> • La situación inicial. 	Es decir, los resultados post-intervención se comparan con los de referencia en línea con los indicadores de evaluación.
<ul style="list-style-type: none"> • Las metas y objetivos del programa. 	Es decir, cuán adecuada fue la intervención para lograr estos objetivos. Ejemplo de evidencia: Se califica la consecución de metas y objetivos (como máxima, mínima, en absoluto).
<ul style="list-style-type: none"> • Efectos iatrogénicos. 	Es decir, ninguna consecuencia negativa sobre los participantes. Ejemplo de evidencia: Se lleva a cabo un análisis de riesgo-beneficio.
<ul style="list-style-type: none"> • El valor práctico y la importancia de la intervención para la salud pública. 	

Etapa 7 del proyecto: Evaluaciones finales - 7.1 Si se realiza una evaluación de resultados

Estándares avanzados adicionales:

7.1.8 Las mediciones de seguimiento después de la intervención incluyen un gran porcentaje de participantes originales.	Nota: Se considera una buena tasa de retención >80% (NICE, 2009, p. 219). Sin embargo, este punto de referencia podría ser difícil de lograr bajo ciertas condiciones (p. ej., cuando se realiza el seguimiento durante varios años).
7.1.9 El análisis de datos incluye:	
<ul style="list-style-type: none"> • Un análisis de subgrupos sobre la efectividad de la intervención, para diferentes grupos de participantes. 	Es decir, para conocer las diferentes extensiones del efecto de la intervención, donde el tamaño de la muestra es lo suficientemente grande.
<ul style="list-style-type: none"> • Una comparación de cómo las actividades impactan por sí solas y acumulativamente. 	Es decir, se evalúan las diferentes actividades para conocer su efectividad. Ejemplos de comparaciones: Los efectos de las sesiones de refuerzo versus las que no son de refuerzo; los efectos de múltiples intervenciones versus intervenciones singulares.
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la dosificación experimental. 	Es decir, la relación entre la cantidad de intervención que se recibió y los resultados.
<ul style="list-style-type: none"> • Un ajuste estadístico entre los grupos de intervención y control para las diferencias causadas por el error de muestreo. 	Ejemplo de ajuste: ANCOVA/RANCOVA utilizado en el análisis.
<ul style="list-style-type: none"> • Ajustes para comparaciones múltiples. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Un análisis no solo a nivel individual sino también a nivel de asignación aleatoria. 	Ejemplo: Si la asignación aleatoria o la selección de los participantes se basó en las clases de la escuela en lugar de en los alumnos individuales, el análisis de datos debería tener en cuenta el sesgo del grupo.

Etapa 7 del proyecto: Evaluaciones finales - 7.1 Si se realiza una evaluación de resultados

Estándares avanzados adicionales (cont.):

7.1.10 Los hallazgos comunicados incluyen:	
<ul style="list-style-type: none"> Resultados a corto, medio y/o largo plazo. 	<p>Es decir, hasta 6 meses, > 6 a 12 meses, > 12 meses después de completar la intervención.</p> <p>Propósito: Establecer cuánto tiempo se mantienen los resultados posteriores a la intervención.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Resultados finales. 	<p>Es decir, los resultados correspondientes a los objetivos a más largo plazo (p. ej., muchos años después de la intervención).</p>
7.1.11 La eficacia de la intervención se evalúa comparando los cambios reales con los cambios esperados.	<p>Es decir, el éxito del programa en el cumplimiento del conjunto de puntos de referencia establecidos como indicadores de la evaluación de resultados.</p>
7.1.12 La intervención particular se considera efectiva si:	
<ul style="list-style-type: none"> Al menos un efecto es estadísticamente significativo y positivo en relación con las metas y los objetivos del programa. 	<p>Nota: Es deseable un patrón consistente de efectos positivos estadísticamente significativos en múltiples indicadores.</p>
<ul style="list-style-type: none"> No hay efectos negativos (iatrogénicos) en resultados importantes. 	<p>Ejemplo: La intervención no aumenta el consumo de drogas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Se encuentran efectos positivos en la medición de seguimiento a largo plazo y son estadísticamente significativos. 	<p>Es decir, > 12 meses después de completar la intervención.</p>
7.1.13 Los datos se comparan con los de otros estudios de evaluación de la misma intervención.	<p>Nota: Es posible que esto no sea viable cuando aún no estén disponibles otras evaluaciones de la misma intervención.</p>
7.1.14 Si hay varios estudios disponibles para determinar la efectividad, se tienen en cuenta los estudios de más alta calidad.	
7.1.15 La intervención se considera efectiva, en general, si:	
<ul style="list-style-type: none"> Al comparar varios ensayos, los tamaños del efecto de la intervención son similares. 	
<ul style="list-style-type: none"> Los resultados positivos constantes están disponibles en, al menos, dos estudios/replicas diferentes de alta calidad, con poder estadístico adecuado. 	
<ul style="list-style-type: none"> Los resultados positivos están disponibles en, al menos, un estudio de replicación realizado por investigadores independientes. 	<p>Es decir, la réplica no la implementan los que desarrollaron el programa.</p>
7.1.16 Se proporciona una exposición causal sobre la eficacia/efectividad de la intervención.	<p>Es decir, 'la intervención X es eficaz/efectiva para producir resultados Y para la población Z'.</p>

Etapa 7 del proyecto: Evaluaciones finales - 7.1 Si se realiza una evaluación de resultados

Estándares avanzados adicionales (cont.):

<p>7.1.17 La exposición causal sobre la eficacia/efectividad de la intervención:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Es inequívoca. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Especifica la población diana. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Especifica los resultados. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Indica el espacio de tiempo dentro del cual se espera que estos efectos se mantengan. 	<p>Nota: Lo cual debe basarse en la medición de seguimiento a largo plazo. Ejemplo: corto plazo hasta 6 meses, medio plazo > 6 a 12 meses, largo plazo > 12 meses, después de completar la intervención.</p>
<p>7.1.18 Deja claro bajo qué condiciones se espera que la intervención sea efectiva.</p>	
<p>7.1.19 La(s) población(es) a la(s) se puede(n) generalizar los hallazgos está(n) especificada(s).</p>	

7.2 Si se realiza una evaluación de proceso

Como parte de la evaluación de proceso, los datos del proceso se recogen y analizan sistemáticamente para evaluar por qué se lograron (o no) los resultados y cómo se puede mejorar el programa en el futuro. La evaluación de proceso documenta lo que sucedió durante la implementación del programa (p. ej., qué actividades se llevaron a cabo, con y por quién, cuándo y durante cuánto tiempo) (CSAP, 2002). Luego se analiza por qué el programa se llevó a cabo de esa manera y cómo eso pudo haber impactado en la efectividad de la intervención. Los aspectos a considerar incluyen: alcance y cobertura (es decir, ¿representan los participantes adecuadamente a la población diana?); aceptación de la intervención por los participantes (p. ej., idoneidad del contenido y de los materiales empleados en la intervención); fidelidad en la aplicación (es decir, ¿se realizó la intervención según la planificación?); la utilización de los recursos (p. ej., para mostrar la relación coste-efectividad) (CCSA, 2009). Los datos que se recogieron como parte de una continua monitorización, así como los resultados de las revisiones de la monitorización, se pueden usar para proporcionar información a la evaluación del proceso (ver 6.3: *Monitorización de la implementación*).

Los resultados de la evaluación de proceso contribuyen a explicar los datos de la evaluación de resultados (ver 7.1: *Si se realiza una evaluación de resultados*), y también pueden demostrar que la fidelidad se mantuvo si se implementó una intervención existente. Sobre la base de los resultados de esta evaluación, los promotores deben extraer conclusiones sobre si el programa debe continuar implantándose, si se puede mejorar y cómo hacerlo (ver Etapa 8 del Proyecto: *Difusión y mejora*). Por ejemplo, unas altas tasas de abandono deberían inducir, a quienes llevan a cabo la evaluación, a investigar las causas de este abandono del programa (p. ej., ¿los participantes se mudaron o es que no estaban satisfechos con la intervención?). Esto puede indicar fuentes de sesgo a considerar en la evaluación de resultados, pero también puede mostrar cómo el programa debe mejorarse en el futuro para aumentar las tasas de retención. La evaluación de proceso también puede indicar, por ejemplo, que la definición de la población diana deba ser revisada o que la capacidad del servicio deba aumentarse si los participantes representan solo un porcentaje muy pequeño de la población diana total.

Estos estándares solo se aplican si se lleva a cabo una evaluación de proceso. El componente 4.4: *Si se planifican evaluaciones finales*, contiene más información sobre la importancia y las diferencias entre las evaluaciones de resultado y proceso. Las preparaciones necesarias (p. ej., la recogida de datos, la especificación de los indicadores de evaluación) y los posibles desafíos también se tratan en ese componente.

Se puede encontrar más información sobre la evaluación en la sección *Guía adicional*.

Etapa 7 del proyecto: Evaluaciones finales - 7.2 Si se realiza una evaluación de proceso

Estándares básicos, cuando se realiza una evaluación de proceso:

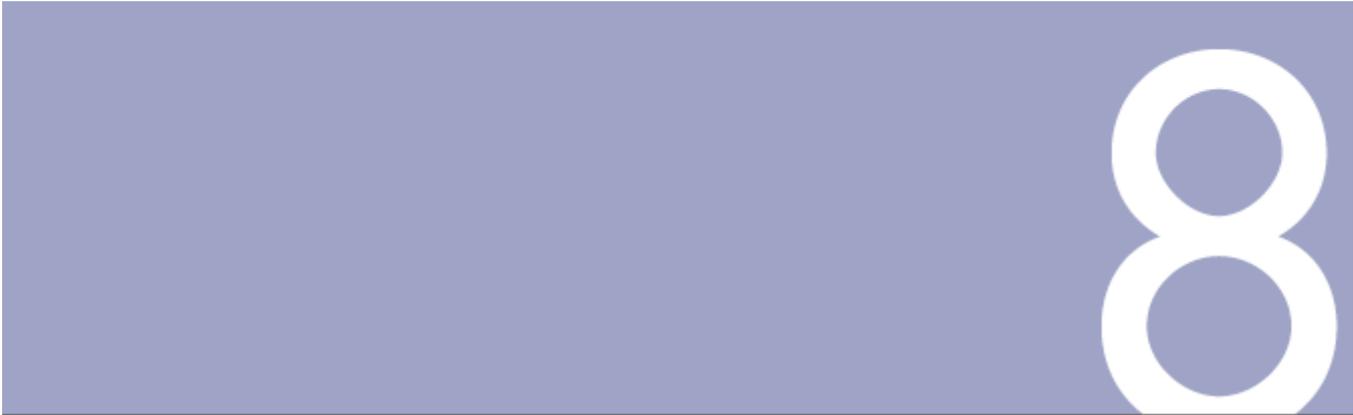
7.2.1 La evaluación de proceso:	
<ul style="list-style-type: none"> • Documenta la implementación del programa. 	Es decir, muestra cómo se llevó a cabo la intervención.
<ul style="list-style-type: none"> • Explica por qué el programa se llevó a cabo de esta manera. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza sistemáticamente. 	Es decir, se utiliza la planificación escrita del proyecto y los indicadores de evaluación de proceso definidos en ella.
<ul style="list-style-type: none"> • Tiene en cuenta las diferencias entre los objetivos operativos y los resultados reales. 	
7.2.2 La participación de la población diana está documentada y se evalúa. Esto incluye:	
<ul style="list-style-type: none"> • El número de participantes en la intervención. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Los métodos para la captación de los participantes. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Si la población diana que se ha definido está representada por los participantes reales. 	
7.2.3 Las actividades se documentan y evalúan. Esto incluye:	
<ul style="list-style-type: none"> • Una descripción de las actividades. 	
<ul style="list-style-type: none"> • El feedback de los participantes sobre la intervención. 	Ejemplo de aspectos a considerar: Si los participantes encontraron la intervención aceptable, divertida, satisfactoria.
<ul style="list-style-type: none"> • El feedback de otros grupos de interés relevantes. 	
7.2.4 La implementación del programa se documenta y evalúa. Esto incluye:	
<ul style="list-style-type: none"> • El feedback de los miembros del personal sobre la calidad de la implementación. 	
<ul style="list-style-type: none"> • La fidelidad de la implementación. 	Es decir, en qué medida la intervención se realizó según lo planificado.
<ul style="list-style-type: none"> • Las diferencias no intencionadas entre las actividades planificadas y las reales. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Los cambios previstos. 	Es decir, los ajustes necesarios realizados al programa durante su implementación.
<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier problema inesperado y otros problemas, y cómo fueron controlados o tratados. 	
7.2.5 El uso de los recursos se documenta y evalúa. Lo cual incluye:	Ejemplos de recursos: Recursos económicos, humanos y materiales.
<ul style="list-style-type: none"> • Una definición de los "costes". 	Ejemplos de tipos de costes: Costes directos e indirectos, costes de oportunidad.
<ul style="list-style-type: none"> • Cuántos recursos económicos se gastaron. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Los costes de la captación de los participantes. 	Ejemplo de aspecto a tener en cuenta: Los costes de la promoción del programa.
<ul style="list-style-type: none"> • Los costes de la recogida de datos, monitorización y evaluación. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Cuántos recursos humanos se emplearon. 	Ejemplo de aspectos a considerar: Número de personal, horas de trabajo empleadas en el programa.

Etapa 7 de proyecto: Evaluaciones finales - 7.2 Si se realiza una evaluación de proceso

Estándares básicos, cuando se realiza una evaluación de proceso (cont.):

<ul style="list-style-type: none"> • Si los miembros del personal se sintieron adecuadamente capacitados y respaldados. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Cuántos recursos materiales se gastaron. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Diferencias entre los plazos reales y los planificados. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Si los recursos fueron suficientes para alcanzar las metas y los objetivos establecidos. 	
7.2.6 La evaluación de proceso:	
<ul style="list-style-type: none"> • Explica cómo se lograron los resultados de la intervención. 	Estándar básico si se realizó una evaluación de resultados.
<ul style="list-style-type: none"> • Toma en consideración las diferencias entre los resultados esperados y los reales en los indicadores de evaluación de procesos. 	Es decir, se utilizan los puntos de referencia definidos de la evaluación del proceso.
7.2.7 La participación de la población diana se documenta y evalúa, incluyendo:	
<ul style="list-style-type: none"> • El éxito en involucrar a los participantes. 	Es decir, las tasas de captación, asistencia y finalización.
<ul style="list-style-type: none"> • Los problemas con respecto a la preparación de los participantes para la intervención. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Las características de los participantes. 	Ejemplos de características: Sociodemográficas (edad, etapa del desarrollo, sexo, raza u origen étnico, estado civil, etc.), socioeconómicas (p. ej., educación, profesión), culturales (p. ej., religión), geográficas (ciudad, región, etc.).
<ul style="list-style-type: none"> • El nivel (estimado) de cobertura de la población diana. 	
7.2.8 Las actividades se documentan y evalúan, incluida la adecuación de los materiales para la intervención.	Estándar básico si se utilizaron materiales para la intervención.
	Ejemplo de aspectos a tener en cuenta: Si los materiales eran comprensibles para los participantes, si el contenido era adecuado.
7.2.9 La aplicación del programa se documenta y evalúa, incluido el número de sesiones de la intervención que recibieron los participantes.	Ejemplo de aspecto a considerar: Si tuvieron lugar todas las sesiones previstas.
7.2.10 El aprovechamiento de los recursos se documenta y evalúa, lo que incluye:	
<ul style="list-style-type: none"> • Los costes estimados experimentados por los participantes y otros grupos de interés. 	Ejemplo de costes: Costes de oportunidad.
<ul style="list-style-type: none"> • El rendimiento del equipo. 	Ejemplo de aspectos a considerar: Se actúa de acuerdo con los roles y responsabilidades, se mantienen los horarios.
<ul style="list-style-type: none"> • Si los miembros del personal participaron activamente en la mejora de la calidad del programa. 	
<ul style="list-style-type: none"> • El nivel de coordinación y colaboración de que se dio cuenta. 	Ejemplo de aspectos a considerar: El número y tipo de organizaciones participantes, el número de reuniones, conclusiones y acuerdos.
7.2.11 Se proporcionan estimaciones sobre las ratios coste-eficacia y coste-beneficio.	Guía adicional: Consultar a Miller y Hendrie, 2009.

ETAPA OCHO

A large white number 8 is centered on the right side of a solid purple rectangular background that spans the width of the page.

DEL PROYECTO

Etapa 8 del proyecto:

Difusión y mejora



En la etapa final del proyecto, lo que está en juego es el futuro del programa: ¿debería continuar el programa? y, de ser así, ¿cómo continuará? Difundir información sobre el programa puede ayudar a promover su continuidad o, al menos, permite que otros también aprendan de la experiencia adquirida en la implementación del programa.

8.1 Se determina si el programa debe mantenerse: Idealmente, un programa de prevención de drogodependencias de calidad puede continuar más allá de su implementación inicial y/o después de finalizada la financiación externa. Es posible decidir si el programa merece su continuidad utilizando las evidencias empíricas producidas a través de la monitorización y de las evaluaciones finales. Si se determina que el programa debe mantenerse, se deben especificar y llevar a cabo los pasos y las acciones de seguimiento adecuadas.

8.2 Difusión de la información sobre el programa: La difusión puede beneficiar al programa de muchas maneras, por ejemplo, obteniendo el apoyo de grupos de interés relevantes para su continuidad o mejorando el programa mediante el feedback. Otra ventaja es que se suma a la base de evidencia en prevención de drogodependencias, lo que contribuye a la planificación de futuras políticas de drogodependencias y a la práctica e investigación en prevención. Con el fin de facilitar a otros promotores la oportunidad de replicar la intervención, los materiales de la intervención y

otra información relevante (como, por ejemplo, la información de los costes) también deben estar disponibles.

8.3 Si se elabora un informe final: El informe final es un ejemplo de un producto de difusión. Se puede elaborar como un registro de la implementación, como parte del acuerdo de la subvención o, simplemente, para informar a otros sobre el programa. El informe final, a menudo, representará un resumen de la documentación producida durante las primeras etapas del proyecto. Describe el alcance y las actividades del programa y, cuando estén disponibles, los resultados de las evaluaciones finales.

Esta etapa puede representar el comienzo de un nuevo ciclo del proyecto, dirigido a mejorar y desarrollar aún más el programa existente.

8.1 Se determina si el programa debe mantenerse

Idealmente, un programa de prevención de drogodependencias de calidad puede continuar más allá de su implementación inicial y/o después de que se haya terminado la financiación externa (p. ej., puede repetirse con un nuevo grupo de participantes), una vez que el primer grupo haya completado con éxito la intervención. El componente A: *Sostenibilidad y financiación* describe algunos de los factores que influyen en la sostenibilidad de los programas y cómo se pueden aumentar las posibilidades de continuación a través de una estrategia destinada a la sostenibilidad. Sin embargo, una vez completada la intervención, se debe decidir si el programa es realmente digno de continuación.

Un programa debe continuarse si existe un fuerte argumento basado en la evidencia que apoye su continuación. Idealmente, este argumento se deriva de una evaluación de los resultados, que demuestra la efectividad (relacionada con los costes) de la intervención para lograr resultados positivos con los participantes (véase 7.1: *Si se realiza una evaluación de resultados*). Si la intervención fue efectiva, el programa debe continuar. Si la intervención fue ineficaz o tuvo efectos iatrogénicos considerables, el programa debería abandonarse o al menos no continuar en su forma actual.

Cuando no se cuenta con una evaluación de resultados, los resultados de una evaluación de proceso pueden indicar que un programa debe mantenerse, por ejemplo, si las tasas de finalización son altas y los participantes y otros grupos de interés mostraron altos niveles de satisfacción (ver 7.2: *Si se realiza una evaluación de proceso*). Cuando no se llevan a cabo evaluaciones finales, los resultados de las revisiones de la monitorización deberían emplearse para determinar si el programa debería ser mantenido (ver 6.3: *Monitorización de la implementación*). En consecuencia, una evaluación de resultados no es un requisito esencial para determinar si un programa debe ser sostenido. Si hay evidencia de la monitorización y/o la evaluación de proceso que sugiere que el programa es de alta calidad (p. ej., relevante, bien recibido, ético, factible, bien implementado), este debe mantenerse. Sin embargo, para demostrar la efectividad de la intervención (y mantener el programa a largo plazo), se recomienda enfáticamente llevar a cabo una evaluación de resultados como parte de la implementación futura. Si los resultados de la monitorización y/o de la evaluación de proceso indican que el programa no era de alta calidad (p. ej., difícil de implementar, bajas tasas de retención), entonces no debería continuar en su forma actual.

Si la evidencia sugiere que un programa debe mantenerse, deben especificarse y llevarse a cabo los pasos apropiados y las acciones de seguimiento de acuerdo con la estrategia desarrollada según el apartado A: *Sostenibilidad y financiación*. Desafortunadamente, incluso con una estrategia dedicada a asegurar la financiación, la sostenibilidad económica está fuera del control de los promotores, ya que los fondos que asignan los comisionados y financiadores pueden ser discontinuos o asignarse a otra parte. Los expertos consultados sobre este estándar indicaron que los programas efectivos o prometedores, a veces, se suspendían debido a cambios en la disponibilidad de fondos o porque se consideraban demasiado costosos a largo plazo (p. ej., debido a que numerosos elementos del programa exigían un intenso contacto individualizado con los destinatarios). En consecuencia, en los comisionados y financiadores recae la responsabilidad de reconocer y mantener los programas efectivos o prometedores.

Si, la evidencia sugiere que un programa no debe continuar, entonces, los resultados de la monitorización y la evaluación de proceso, cuando esté disponible, deben ser inspeccionados cuidadosamente para determinar por qué no se lograron los resultados esperados, por qué los participantes no estaban satisfechos, por qué hubo problemas durante la implementación, etc. Estos pueden indicar cómo se podría mejorar el programa y ofrecer apoyo para probar una versión modificada de la intervención.

Este componente puede parecer inicialmente menos relevante para algunos programas. Si está claro, desde el inicio del programa que éste no se mantendrá, dependiendo, por ejemplo, del tipo de programa, sus objetivos y/o sus recursos. La intervención puede servir para un propósito específico, que limita su relevancia a un lapso de tiempo particular. Por ejemplo, se puede lanzar una campaña de concienciación sobre los riesgos del consumo de cocaína, antes de Año Nuevo dirigida a quienes consumen la droga en 'ocasiones especiales'; un grupo de jóvenes puede decidir llevar a cabo una intervención única, después de un incidente relacionado con las drogas; un equipo de planificación regional puede encargarse de una intervención para reducir el consumo de drogas en una determinada comunidad y, suspender el programa, una vez se haya logrado este objetivo. En tales casos, puede no haber una necesidad inmediata de continuar el programa más allá de su primera implementación. Sin embargo, la organización a cargo del programa debería considerar tomar una perspectiva a largo plazo sobre la prevención de las drogodependencias (p. ej., ¿vale la pena repetir esta intervención nuevamente el próximo año?, ¿existe la necesidad de otras actividades de prevención de drogodependencias que se basen en los resultados de la primera?). Incluso si la sostenibilidad no es necesaria para una intervención en particular, puede ser importante a nivel organizativo (es decir, la organización debería continuar realizando trabajos de prevención de drogodependencias) (ver A: *Sostenibilidad y financiación*).

<i>Etapa 8 de proyecto: Difusión y mejora - 8.1 Se determina si el programa debe mantenerse</i>	
Estándares básicos:	
8.1.1 Se determina si el programa debería tener continuidad ('mantenerse').	Nota: Esto debe hacerse revisando los resultados de la monitorización, de la evaluación de proceso y/o de la evaluación de resultados.
8.1.2 La información obtenida de las lecciones aprendidas de la implementación inicial, se utiliza en las futuras actividades.	Nota: Basada en los datos de la monitorización y/o evaluaciones. Ejemplos de evidencia: Se realizan los ajustes necesarios para mejorar la calidad del programa, si se va a continuar en el futuro; se proporcionan recomendaciones para mejorar.

<i>Etapa 8 de proyecto: Difusión y mejora - 8.1 Se determina si el programa debe mantenerse</i>	
Estándares básicos adicionales, si el programa debe continuar ('mantenerse'):	
8.1.3 Existe un fuerte argumento a favor del programa, basado en la evidencia.	Nota: Este argumento debe basarse en los resultados proporcionados por la monitorización, y la evaluación de proceso y/o de resultados. Cuando dichos resultados no estén disponibles (de forma satisfactoria), adicionalmente se deben llevar a cabo revisiones de la monitorización que permitan tomar una decisión sobre el futuro del programa.
8.1.4 Se definen y documentan las oportunidades para su continuación.	

<i>Etapa 8 de proyecto: Difusión y mejora - 8.1 Se determina si el programa debe mantenerse</i>	
Estándares avanzados adicionales, si el programa debe continuar ('mantenerse'):	
8.1.5 Se buscan recursos económicos y de otro tipo.	Estándar básico si los recursos (p. ej., fondos) están limitados al tiempo de vida útil del proyecto inicial.
8.1.6 Se utiliza el trabajo en red y las relaciones existentes para promover la continuidad del programa.	Ejemplos de enlaces útiles: Relaciones profesionales con comisionados, agencias claves, miembros de la comunidad, etc.

8.2 Difusión de la información sobre el programa

Una vez que la intervención se ha completado, la información sobre el programa y, cuando estén disponibles, los hallazgos de la evaluación, debe comunicarse a las partes interesadas relevantes (p. ej., a los participantes, a la comunidad científica y/o de prevención). Los promotores pueden sentir que, en comparación con la planificación, con la implementación y con la evaluación, la difusión es la parte menos importante del ciclo del proyecto. Sin embargo, en este componente se destaca que la difusión de información sobre el programa es un aspecto igualmente importante dentro del trabajo de prevención de drogodependencias de calidad.

Como la difusión se produce al final del ciclo del proyecto, es posible que todos los recursos se hayan agotado y que no quede dinero para dar a conocer el programa y difundir sus hallazgos. Por lo tanto, es importante incluir los costes de la difusión en la planificación económica (véase 5.2: *Planificación de las necesidades de financiación*). A menudo, si el presupuesto en una solicitud de subvención tiene que reducirse, es a expensas de las actividades de difusión. Tal punto de vista no considera que la difusión no solo beneficia a otros, sino también a los promotores. Los costes de la difusión se pueden reducir focalizando los esfuerzos de ésta (p. ej., identificando los grupos más relevantes). Una planificación cuidadosa garantizará que el público objetivo reciba la información relevante en un formato adecuado. Dependiendo del propósito específico de la difusión, la información puede ser comunicada, por ejemplo, usando Internet o produciendo folletos impresos, a través de presentaciones en talleres o en publicaciones científicas.

La difusión de información sobre el programa, es un aspecto importante para comenzar nuevamente el ciclo del proyecto. La promoción del programa entre los patrocinadores, los miembros de la comunidad y otros grupos de interés esenciales, ayuda su continuidad y sostenibilidad a largo plazo (ver A: *Sostenibilidad y financiación*). Puede facilitar que otras organizaciones muestren un mayor interés en contribuir o apoyar el programa (p. ej., desarrollar actividades conjuntas con otras agencias, interés de nuevas entidades receptoras, como escuelas) (ver B: *Comunicación y participación de los grupos de interés*). También puede promocionar el programa entre la población diana aumentando su interés para la participación y, así, captar a nuevos participantes para la próxima ronda de implementación (ver 2.1: *Evaluación de los recursos de la población diana y de la comunidad* y 5.4: *Captación y retención de los participantes*).

La difusión también puede ayudar a mejorar aún más el programa o a obtener una nueva perspectiva a través del feedback (p. ej., con otros promotores, con expertos en prevención). Esta retroalimentación puede incitar a los promotores a revisar la formulación inicial de su programa o el diseño de la intervención, el plan del proyecto o reinterpretar los resultados de la monitorización y evaluación. El feedback también pueden destacar nuevos desarrollos relevantes (p. ej., en políticas y legislación), evidencia adicional, recursos o materiales que no fueron previamente considerados. Cuando se recibe retroalimentación, su valor debe evaluarse cuidadosamente, ya que sólo se deberán realizar modificaciones al programa, cuando éstas estén bien justificadas (ver componente 6.4: *Adaptación de la implementación*).

Además, la difusión de información permite que otros aprendan de las experiencias (positivas y negativas) de la implementación del programa, y se sume a la base de evidencia para la prevención de drogodependencias. Por ejemplo, si se realizó una evaluación de resultados, otros pueden referirse a los resultados de la evaluación cuando revisen la evidencia de efectividad y diseñen su

intervención. Es vital proporcionar información sobre los resultados negativos no intencionados, los fallos y las dificultades encontradas, para que otros puedan entender los retos de la implementación del programa. A los promotores puede preocuparles que la divulgación de dicha información pueda dañar su reputación y reducir sus posibilidades de recibir financiación en el futuro. Sin embargo, es esencial informar de los resultados negativos, ya que de lo contrario la información puede ser engañosa y tener implicaciones poco éticas (p. ej., otros podrían replicar el programa sin ser conscientes de los posibles resultados negativos).

Los estándares también alientan a los promotores a facilitar que la intervención esté disponible con un detalle que permita a otros valorar si es posible replicar y adaptar el programa. Dicha documentación también incluiría, por ejemplo, información sobre los costes, los materiales de la intervención (dónde se usan), etc. Al permitir que otros seleccionen una intervención existente en lugar de desarrollar una nueva, la duplicación de esfuerzos puede reducirse significativamente. La replicación de la intervención también es beneficiosa para el autor del programa, ya que comprueba si los resultados pueden repetirse en circunstancias similares o generalizarse a otra población diana, a otro contexto, etc. Si se encuentra que la intervención es efectiva de forma consistente, es más probable que se convierta en un programa sostenible y conocido.

Los expertos consultados para desarrollar estos estándares, indicaron que los desarrolladores y promotores de programas pueden mostrar reticencias para compartir los materiales (p. ej., manuales) y descripciones detalladas de 'su' programa. Este es, probablemente, el caso cuando el programa se ha desarrollado, por ejemplo, con un propósito comercial (es decir, no es gratuito) o si es fundamental para el promotor (p. ej., para tener la exclusividad de ofrecer una intervención en particular). A los desarrolladores y promotores de un programa, puede preocuparles que otros promotores utilicen esa intervención (o ciertos aspectos de la misma) sin licencia o sin pedir permiso, y sin reconocer ni remunerar a los autores originales. Concretamente, en países donde las medidas para proteger el copyright de los autores de los programas son insuficientes, tales preocupaciones pueden estar justificadas. Por lo tanto, deben considerarse los aspectos legales de la presentación del programa. Si existe alguna preocupación con respecto a la infracción de los derechos de autor, se recomienda proporcionar información suficientemente detallada que permita a otros promotores decidir si desean usar el programa, pero sin que les permita copiarlo e implementarlo. Posteriormente se podrían proporcionar más detalles y los materiales, a través de un acuerdo de licencia (p. ej., especificando bajo qué condiciones se puede usar la intervención) y, cuando sea necesario, con la tarifa de licencia.

La difusión del programa no siempre parece útil, por ejemplo, si éste se implementó mal, si no produjo los resultados esperados (porque fue ineficaz o tuvo efectos iatrogénicos), o si no se tiene intención de continuar la implementación ya que se desarrolló con un propósito específico. Sin embargo, como se indicó anteriormente, incluso en estos casos, la difusión de la información sobre el programa es importante. Se suma al cuerpo de conocimiento de la prevención de drogodependencias, lo que permite que pueda ser utilizada como información para el futuro desarrollo de programas, para la investigación y para el avance en políticas sobre drogodependencias. Si un programa fue diseñado para una necesidad particular o una población diana concreta, puede proporcionar información útil para otro promotor que se enfrenta a una situación similar en una zona diferente. Incluso si un programa no fue bien, aún puede tener un impacto positivo en la prevención de las drogodependencias a largo plazo, al ayudar a otros promotores a evitar los mismos problemas.

Se puede encontrar más información sobre lo que hay que tener en cuenta cuando se difunden los resultados, por ejemplo, en el manual *Comunicación de la investigación para la formulación de*

políticas basadas en la evidencia (Communicating research for evidence-based policymaking - Comisión Europea, 2010). Además, la sección *Guía adicional* ofrece orientación sobre cómo difundir la evidencia, para que las lecciones aprendidas de la implementación de un programa puedan transmitirse en informes y ser útiles para otros promotores y técnicos en la práctica cotidiana de la implementación.

Etapa 8 de proyecto: Difusión y mejora - 8.2 Difusión de la información sobre el programa	
Estándares básicos:	
8.2.1 La información sobre el programa es difundida.	Nota: La difusión de la información puede tener lugar a nivel local, regional, nacional o internacional.
8.2.2 Se especifica un formato apropiado para llevar a cabo la difusión.	Ejemplos de formatos: En internet, con materiales impresos, en presentaciones en talleres, en publicaciones científicas.
8.2.3 Se especifica una persona o equipo responsable de la difusión de la información sobre el programa.	Nota: Otras responsabilidades podrían incluir la comunicación con los grupos de interés, la promoción del programa.
8.2.4 Se especifica el público destinatario, que incluye a:	
<ul style="list-style-type: none"> • Aquellos que están involucrados en el programa y en sus evaluaciones. 	Ejemplos de grupos: Miembros del personal, directivos, destinatarios.
<ul style="list-style-type: none"> • Otros grupos de interés relevantes para el programa. 	Ejemplos de grupos de interés: Patrocinadores, la comunidad, socios del proyecto.
8.2.5 Los medios que se emplean en la difusión son los adecuados para el público destinatario.	Ejemplo: Se emplean diferentes formas de difusión según se trate de los miembros de la comunidad o sea para los especialistas que trabajan en el ámbito de la prevención de las drogodependencias.
8.2.6 Se consideran los aspectos legales en la presentación de informes sobre el programa.	Ejemplos de aspectos a considerar: Propiedad intelectual, venta potencial de productos o prohibición del uso de los mismos.
8.2.7 Para ayudar a la replicación, los productos de difusión incluyen:	
<ul style="list-style-type: none"> • Los detalles sobre la experiencia adquirida durante la implementación del programa. 	Ejemplos de aspectos a considerar: Implicaciones teóricas y prácticas de las actividades, el conocimiento y la experiencia del trabajo innovador.
<ul style="list-style-type: none"> • Detalles sobre resultados negativos y otros resultados no deseados. 	
8.2.8 El nivel de detalle en la difusión permite a las partes interesadas juzgar el programa.	Es decir, decidir si la intervención debe ser adaptada, reproducida exactamente, implementarse a mayor escala, si se le debe otorgar el estatus de programa modelo, etc.

Etapa 8 de proyecto: Difusión y mejora - 8.2 Difusión de la información sobre el programa

Estándares avanzados adicionales:

8.2.9 Existe un plan para la difusión de los resultados.	
8.2.10 El público destinatario especificado incluye a la población diana.	
8.2.11 Se especifica el calendario para la difusión.	
8.2.12 Se evalúa el éxito en la difusión de la información sobre el programa.	
8.2.13 Para ayudar a la replicación, los productos de difusión incluyen:	
<ul style="list-style-type: none"> • Detalles sobre las condiciones y los recursos necesarios para apoyar la adopción, implementación y sostenibilidad del programa. 	Ejemplos de aspectos a tener en cuenta: Los recursos económicos y humanos necesarios, la cualificación del personal de la implementación.
<ul style="list-style-type: none"> • Detalles sobre fallos. 	Ejemplo de aspecto a considerar: Objetivos no realizados.
<ul style="list-style-type: none"> • Muestras de los productos finales. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Estudios de caso. 	Ejemplo de consideraciones: Se muestra la realidad y los posibles resultados de la intervención.
<ul style="list-style-type: none"> • Las herramientas y materiales reales utilizados en el programa, junto con directrices detalladas sobre cómo usarlos. 	Ejemplos de herramientas y materiales: Los materiales para la intervención (p. ej., el diario de trabajo, los manuales para entrenamiento del personal), las herramientas para la monitorización y la evaluación.
8.2.14 Los productos de difusión se presentan con un nivel de detalle que permite la implementación/replicación.	
8.2.15 Se ofrece capacitación y asistencia técnica a los grupos interesados.	Ejemplos de evidencia: Se incorporan como materiales de aprendizaje en los sistemas de formación existentes, intercambio de formación con otros promotores.
8.2.16 Se publica información sobre el programa.	Ejemplos de publicación: En revistas científicas, como informe final en la web del promotor.

8.3 Si se elabora un informe final

El informe final documenta el alcance y las actividades del programa y, cuando estén disponibles, los resultados de las evaluaciones finales. Los estándares de este componente describen brevemente lo que debe contener el informe final. Se puede encontrar más información sobre la difusión de información en el componente 8.2: *Difusión de la información sobre el programa*. Como el informe final es un ejemplo de un producto para la difusión, los estándares de este componente también deben tenerse en cuenta cuando éste se elabora.

Al redactar el informe final, es útil recurrir a la documentación producida en las etapas anteriores del proyecto (véase 1.3: *Descripción de la necesidad - Justificación de la intervención*; Etapa 3 del proyecto: *Formulación del programa*; 5.1: *Planificación del programa - Ilustración de la planificación del proyecto*; 5.6: *Aportación de una descripción del programa*; 6.2: *Implementación de la intervención* y Etapa 7 del proyecto: *Evaluaciones finales*). Sin embargo, el contenido y el formato del informe final debe ser el adecuado para los distintos públicos destinatarios a los que se desea llegar. Por lo tanto, si se usa la documentación existente, esta debe estar cuidadosamente editada. Por ejemplo, si el informe se escribe para el público en general, puede no ser apropiado describir la evidencia de efectividad con tanto detalle como en la formulación original del programa. Por el contrario, una descripción detallada de la evidencia será esencial si el informe es elaborado para la comunidad profesional.

Las consultas realizadas con expertos para ser usadas como fuente de información para el desarrollo de estos estándares, indicaron que en algunas áreas es una práctica común que los promotores elaboren informes de actualización periódicos para comisionados y entidades financiadoras. Sin embargo, estos informes generalmente no están disponibles para la comunidad profesional, la población diana o el público en general. Los expertos consultados aconsejaron que estos informes deberían ser editados y puestos a disposición del público (p. ej., en la web de la entidad promotora). Esto mostraría el trabajo de los promotores, pero también ayudaría a difundir y debatir las buenas prácticas dentro de la comunidad de prevención.

Sin embargo, un informe final no siempre es posible o requerido, y los estándares en esta sección se aplican solo si se elabora un informe final. Si no se produce este informe final, la información sobre el programa debe difundirse a través de otros medios, por ejemplo, a través de presentaciones (ver 8.2: *Difusión de la información sobre el programa*).

Etapa 8 de proyecto: Difusión y mejora - 8.3 Si se elabora un informe final

Estándares básicos, si se elabora un informe final:

8.3.1 Se ha elaborado el informe final.	
8.3.2 El informe final incluye información sobre:	
<ul style="list-style-type: none"> • La justificación del programa. 	Nota: Esto sería un resumen de la evaluación de necesidades.
<ul style="list-style-type: none"> • La población diana. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Los objetivos del programa. 	
<ul style="list-style-type: none"> • El marco. 	
<ul style="list-style-type: none"> • La intervención y sus actividades. 	
<ul style="list-style-type: none"> • La planificación del proyecto. 	Nota: Esto no tiene por qué ser la planificación detallada del proyecto que se ha elaborado durante la planificación del programa, pero puede ser un resumen de las principales actividades del programa.
<ul style="list-style-type: none"> • Información sobre las entidades de financiación y las fuentes de otros ingresos. 	
8.3.3. La información en el informe final es/está:	
<ul style="list-style-type: none"> • Clara y fácil de leer. 	Es decir, comprensible para una amplia gama de personas o, cuando se ha especificado un público diana, para la audiencia diana.
<ul style="list-style-type: none"> • Organizada con lógica y consistencia. 	

Etapa 8 de proyecto: Difusión y mejora - 8.3 Si se elabora un informe final

Estándares avanzados adicionales:

8.3.4 El informe final incluye información sobre:	
<ul style="list-style-type: none"> • Metas y objetivos del programa. 	Estándar básico si el informe se elabora para un público profesional.
<ul style="list-style-type: none"> • La intervención original y el nivel de adaptación. 	Estándar básico si se utilizó una intervención ya existente.
<ul style="list-style-type: none"> • El modelo teórico de la intervención. 	Estándar básico si se usó un modelo teórico.
<ul style="list-style-type: none"> • La evidencia de efectividad. 	Estándar básico si el informe se elabora para un público profesional.
<ul style="list-style-type: none"> • Los datos de la evaluación de resultados. 	Estándar básico si se realiza una evaluación de resultados.
<ul style="list-style-type: none"> • Los resultados de la evaluación del proceso. 	Estándar básico si se realizó una evaluación del proceso. Nota: Donde no se llevó a cabo una evaluación de proceso, los resultados de la monitorización podrían ser descritos en su lugar.
<ul style="list-style-type: none"> • Información sobre los costes de la implementación. 	
8.3.5 El informe se complementa posteriormente con los hallazgos de la(s) medida(s) de seguimiento.	Nota: Este contenido debe estar basado en el seguimiento a largo plazo, cuando esté disponible. Ejemplo: Corto plazo hasta 6 meses, medio plazo >6 a 12 meses, largo plazo >12 meses después de completar la intervención.

Apéndice

Nota: También existe un suplemento online disponible de este manual en <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards/annex>

Este suplemento online contiene:

- Referencias a guías adicionales relevantes sobre temas de estándares seleccionados (p. ej., formación del personal, aspectos éticos de la prevención de drogodependencias, políticas y legislación relacionadas con las drogodependencias, necesidades y evaluación de recursos, diseño de la intervención basada en la evidencia, bases de datos de programas modelo, fidelidad de la implementación, su evaluación y difusión).
- Una versión abreviada de los estándares en forma de lista de verificación de autorreflexión.
- Consideraciones y recomendaciones con respecto a la implementación de los estándares.
- Una lista de organizaciones que participaron en las consultas estructuradas sobre cuya información se basó el desarrollo de los estándares.
- Más información sobre la situación actual de las drogodependencias en la UE.

Documentos originales de los estándares

El primer borrador de los estándares europeos de calidad para la prevención de las drogodependencias se produjo sintetizando los criterios de calidad que figuran en los documentos enumerados en esta sección. Los documentos están ordenados por región (Europa, América del Norte, internacional) y, dentro de la región, alfabéticamente por país (en el original en inglés). En algunos casos, el año de publicación es aproximado. Las traducciones al castellano de las instituciones y los títulos de las publicaciones se agregaron cuando correspondía. Estos documentos no se enumeran necesariamente de nuevo como *Guía adicional*; sin embargo, muchos contienen no solo criterios de calidad, sino que también ofrecen orientación general sobre prevención de drogodependencias y, por lo tanto, pueden leerse conjuntamente con los Estándares.

Todas las páginas web se accedieron por última vez el 11.4.2011 a menos que se indique lo contrario.

Alemania

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Centro Federal de Educación para la Salud) y Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (n.d.), *Qualität in der Prävention* (Calidad en la prevención).

<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/standards/prevention>

Canadá

Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA) (2009), *Aprovechando nuestras fortalezas: Estándares canadienses para la prevención del abuso de sustancias en jóvenes escolares: una guía para el personal de educación y salud (Versión 1.0)*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.

http://www.ccsa.ca/2009%20CCSA%20Documents/ccsa0117812009_e.pdf

Nota: Los estándares de calidad para la prevención de las drogodependencias en Europa se basan en la versión 1.0 de este documento. La versión 2.0 se publicó en 2010. Los principales cambios incluyeron: eliminar la superposición entre estándares; reduciendo el número de estándares (de 18 a 17); mejorar la sección sobre 'Evaluación y Supervisión'; clarificar la audiencia objetivo de los estándares; destacando el principio de exhaustividad en todo el documento.

Estados Unidos (EEUU)

Office of National Drug Control Policy (ONDCP) (n.d.), *Principios basados en la evidencia para la prevención del abuso de sustancias*.

<http://www.whitehousedrugpolicy.gov/PREVENT/practice.html>

Flay, B.R. et al. (2005), *Estándares de Evidencia: Criterios para Eficacia, Eficiencia y Difusión. Ciencia de la Prevención*, 6 (3), pp. 151–175.

Society for Prevention Research (SPR) (2004), *Estándares de Evidencia: Criterios para Eficacia, Eficiencia y Difusión*.

<http://www.preventionresearch.org/StandardsofEvidencebook.pdf>

National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2003), *Prevención del Consumo de Drogas entre Niños y Adolescentes. Una Guía Basada en la Investigación para Padres, Educadores y Líderes Comunitarios (segunda edición)*. Bethesda, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.

<http://www.drugabuse.gov/pdf/prevention/RedBook.pdf>

Nota: Una versión italiana está disponible: Serpelloni, G. (2005), *Prevenire l'uso di droghe tra i bambini e gli adolescenti. Una guida per genitori, educatori e amministratori basata sulla ricerca scientifica a cura del Istituto Nazionale sobre el Abuso de Drogas*.

http://www.dronet.org/pubblicazioni/monografie_dettaglio.php?monografie=18

Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) (2002), *Lograr Resultados: Una Guía de Prevención Efectiva para Profesionales (Edición de conferencia)*. Rockville, MD.: CSAP.

<http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED469593.pdf>

Finlandia

STAKES (2006), *Alcanzando la Estrella de la Calidad: Criterios de calidad para la prevención del abuso de sustancias*. Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para Bienestar y Salud.

<http://neuvoa-antavat.stakes.fi/NR/rdonlyres/73F39AD6-6A0B-41CD-BA0C-7D18AB0A6FB3/0/Reachingforquality.pdf>

Galicia (España)

Subdirección general - Dependencia de Salud Mental y Drogas de Galicia (SERGAS) (2007), *Procesos de Prevención y Cartera de Servicios de Prevención de las Drogodependencias del Plan Gallego de Drogas*.

<http://www.sergas.es/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPaxina=40008&IDCatalogo=1774>

Irlanda

Foro de Trabajadores de la Educación sobre Drogas (DEWF) (2007), *Un manual sobre estándares de calidad en la educación sobre el uso de sustancias*. Dublín: DEWF.

Se puede requerir una copia enviando una solicitud a info@dewf.ie

Italia

Serpelloni, G. y Simeoni, E. (2002), *La valutazione ex ante dei progetti di intervention contro l'uso di sostanze stupefacenti (La evaluación previa de los proyectos dirigidos al consumo de drogas)*. En: Serpelloni, G., Simeoni, E. y Rampazzo, K. (eds.) (Ministerio de Salud) (2002), *Gestione della Qualità. Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze (Gestión de la calidad: recomendaciones para las Agencias Locales Sanitarias y el Departamento de Adicciones)*. Edizioni La Grafica, pp. 487-498.

http://www.dronet.org/pubblicazioni/monografie_dettaglio.php?monografie=2

Serpelloni, G. y Simeoni, E. (2002), *Elementi di tecnica progettuale per gli interventi nelle dipendenze: indicazioni pratiche (Elementos básicos de las técnicas de planificación para acciones dirigidas a las adicciones: instrucciones prácticas)*. En: Serpelloni, G., Simeoni, E. y Rampazzo, K. (eds.) (Ministerio de Salud) (2002), *Gestione della Qualità. Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie*

e il Dipartimento delle Dipendenze (*Gestión de la calidad: recomendaciones para las agencias locales sanitarias y el Departamento de Adicciones*). Edizioni La Grafica, pp. 509-560.

http://www.dronet.org/pubblicazioni/monografie_dettaglio.php?monografie=2

Lituania

Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos (Departamento de Control de Drogas) (2007), *PSICHOAKTYVI Ū MEDŽIAG Ū VARTOJIMO PREVENCIJOS PROJEKTO VERTINIMO FORMA*. (*Formulario de evaluación del proyecto de prevención del abuso de sustancias psicoactivas*).

Naciones Unidas

United Nations Office on Drug and Crime (UNODC) (2009), *Guía para implementar programas de capacitación en habilidades familiares para la prevención del abuso de drogas*. New York: United Nations.

<http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/familyskillstraining.html>

Nota: Una versión italiana está disponible: Dipartimento Politiche Antidroga (a cura del) (2009), *Guida alla realizzazione di programmi di formazione sulle abilità genitoriali per la prevenzione dell'uso di droghe*.

http://www.dronet.org/pubblicazioni/monografie_dettaglio.php?monografie=68

Una versión en español está disponible: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2009), *Guía para la ejecución de programas de desarrollo de aptitudes de la familia en materia de prevención del uso indebido de sustancias*. Nueva York: Naciones Unidas.

http://www.unodc.org/pdf/youthnet/family%20based/Spanish_Guide_Ebook.pdf

United Nations Office on Drug and Crime (UNODC) (2004), *Prevención del abuso de drogas entre jóvenes de minorías étnicas e indígenas*. New York: United Nations.

http://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_ethnic_english.pdf

Polonia

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (Oficina Nacional para la Prevención de Drogas (NBDP)) (2008), *Projekt systemu rekomendacji programów profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego (Proyecto de sistema de recomendación para programas de prevención y promoción de la salud mental)*. Varsovia: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/standards/prevention>

Portugal

Instituto da Droga e da Toxicoddependência (Instituto de Drogas y Drogadicción (IDT)) (2005), *Programa de Intervenção Focalizada- PIF (Programa de Intervención Focalizada - PIF)*.

<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/standards/prevention>

Reino Unido

Standing Conference on Drug Abuse (SCODA) (1999), *El enfoque correcto: estándares de calidad en la educación sobre drogas*. London: SCODA.

República Checa.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR (*Ministerio de Educación, Deportes y Juventud*) (2008), Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů primární prevence užívání návykových látek (schválená revize) (*Estándares de cualificación profesional para promotores de programas de prevención del uso primario de drogas adictivas -edición revisada-*). Praga: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR.

<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/standards/prevention>

Rumania

Agenția Națională Antidrog (ANA) (Agencia Nacional Antidrogas (ANA)) (2006), *Decisión no 1.862.064 / 23 de enero de 2006 relativa a los estándares mínimos de calidad para los programas de prevención escolar.*

Unión Europea

Council of Europe Pompidou Group (1998), *Manual de prevención: alcohol, drogas y tabaco.*

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_21033_EN_Prevention%20Manual%20Pompidou%20Group.pdf

Guía adicional

La siguiente lista incluye una selección de recursos generales, así como enlaces a políticas y legislación relacionadas con la prevención de las drogodependencias a nivel de la UE e internacional. Todas las páginas web se accedieron por última vez el 11.04.2011 a menos que se indique lo contrario.

Las referencias a otros recursos que han apoyado en la práctica la adopción de los estándares, se pueden encontrar en la sección *Guía adicional* en el apéndice online. El recurso online incluye enlaces a bases de datos de programas modelo, así como a documentos específicamente relacionados con los temas que tratan los estándares, tales como la formación del personal, los aspectos éticos de la prevención de las drogodependencias, la evaluación de necesidades y recursos, diseños de intervención basados en la evidencia, fidelidad, evaluación y difusión de la implementación.

El apéndice online de este manual está disponible en:

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>

Recursos generales

CCSA Canadian Centre on Substance Abuse (en curso), *Prevención de las drogodependencias a nivel juvenil*.

<http://www.ccsa.ca/ENG/PRIORITIES/YOUTHPREVENTION/Pages/default.aspx>

Grupo Pompidou del Consejo de Europa (en curso), La Plataforma de Prevención.

http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/Activities/prevention_en.asp

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (ongoing), *Portal de buenas prácticas*.

<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010), *Prevention and Evaluation Resource Kit (PERK); Kit de Recursos para la Prevención y la Evaluación (KRPE). Un manual para los profesionales de la prevención*. Luxembourg: Publication Office of the European Union.

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_105843_EN_Manual4PERK.pdf

IREFREA Instituto Europeo de Estudios de Prevención.

<http://www.irefrea.eu>

UNODC United Nations Office on Drugs and Crime (2002), *Un manual participativo para los programas de prevención del abuso de drogas entre los jóvenes: una guía para el desarrollo y la mejora*. New York, United Nations.

http://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/planning/handbook_E.pdf

UNODC United Nations Office on Drugs and Crime (en curso), *Prevención de las drogodependencias*.

<http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/index.html>

UNODC United Nations Office on Drugs and Crime (en curso), *La Red Global de Jóvenes*.

<http://www.unodc.org/youthnet/>

WHO World Health Organization (2010), *ATLAS en abuso de sustancias (2010): recursos para la prevención y tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias*. Geneva, WHO.

http://www.who.int/substance_abuse/publications/Media/en/index.html

Política y legislación relacionadas con las drogas

Los documentos de la UE y la UN están disponibles en diversos idiomas de la UE.

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (en curso), *Políticas y legislación prevención de las drogodependencias*.

<http://www.emcdda.europa.eu/policy-and-law>

Este sitio web incluye información sobre estrategias/planes de acción y legislación nacionales. EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (en curso), *European Legal Database on Drugs (ELDD); Bases de Datos Legales Europea sobre Drogas (BLED)*.

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5029EN.html>

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2005), *Consumo ilícito de drogas en la Unión Europea: enfoque legislativo*. Lisbon, EMCDDA.

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_34042_EN_TP_IllicitEN.pdf

European Council (2004), *Estrategia europea para la prevención de las drogodependencias (2005–12)*. 15074/04.

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_10375_EN_EU%20Drugs%20Strategy_EN.pdf

European Council (2008), Plan de acción europeo para 2009–12, *Diario Oficial de la Unión Europea*, 2008/C 326/09, 20.12.2008.

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index66221EN.html>

Convención Única de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972.

<http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/single-convention.html>

Convención de las Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971.

<http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/psychotropics.html>

Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988.

<http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/illicit-trafficking.html>

United Nations General Assembly (1998), *Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas*. A/RES/S-20/3, Anexo.

<http://www.un.org/documents/ga/res/20sp/a20spr03.htm>

Declaración política y Plan de acción sobre cooperación internacional para una estrategia integrada y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogodependencias. Adoptada en la Comisión de Estupefacientes, de alto nivel, Viena, 11 a 12 de marzo de 2009. Nueva York, Naciones Unidas.

<http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Uploads/CND-52-RelatedFiles/V0984963-English.pdf>

Glosario de términos útiles con los estándares de calidad de prevención de drogodependencias europeos

El glosario proporciona explicaciones breves de los términos clave utilizados en los Estándares. Para facilitar la referencia cruzada, los términos que se definen dentro del glosario se resaltan en *cursiva* y, cuando corresponda, los estándares relevantes se enumeran en **negrita**, siendo la numeración equivalente a la utilizada en la Parte 2 de este manual. El término 'Estándares' se refiere a los criterios europeos de calidad para la prevención de drogodependencias. Las definiciones se basan en los estándares originales incluidos en la revisión, así como en los glosarios referidos al final de esta sección y en los documentos incluidos como *Guía adicional* (anexo online).

A	
<p>Acceso (<i>Access</i>)</p>	<p>El grado en que las personas (p. ej., los miembros de la <i>población diana</i>) pueden recibir información, <i>servicios</i>, etc. Las barreras de acceso pueden ser prácticas (p. ej., por la ubicación, el horario o la duración, el cuidado de los hijos) o de naturaleza más sutil (p. ej., riesgo de estigma, aceptación <i>cultural</i>).</p> <p>Estándares D: Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias; 5.4: Captación y retención de los participantes.</p>
<p>Actividad (<i>Activity</i>)</p>	<p>En los Estándares, término genérico que se refiere al <i>trabajo de prevención de drogodependencias</i>, p. ej., <i>estrategias</i>, políticas, prácticas, <i>programas</i>. Las actividades del programa se llevan a cabo para implementar un programa, p. ej., actividades de <i>capacitación del personal</i>, actividades de recaudación de fondos, actividades de <i>intervención</i>. Las actividades que son más importantes para el éxito del programa forman las actividades "críticas". Las actividades de intervención son un subconjunto de actividades del programa, que describen los elementos de la intervención que se llevan a cabo con los <i>participantes</i>, p. ej., juego de roles, conferencia, estudio de campo.</p>
<p>Actividad de la intervención (<i>Intervention activity</i>)</p>	<p>Ver <i>Actividad</i>.</p>
<p>Actividad del programa (<i>Programme activity</i>)</p>	<p>Ver <i>Actividad</i>.</p>

<p>Adaptación (<i>Adaptation</i>)</p>	<p>Cambios intencionales y planeados que se realizan a una <i>intervención</i>. Las adaptaciones se realizan: 1) como parte de un estudio que se <i>replica</i> para evaluar la efectividad de una intervención en las mismas o diferentes circunstancias (p. ej., <i>población diana, entorno</i>, intensidad de la aplicación); 2) para ajustar la intervención a requisitos específicos (p. ej., a la <i>cultura</i> de la población diana, a realidades económicas) con el fin de mantener o aumentar la efectividad. La adaptación no incluye modificaciones no planificadas, ya que pueden comprometer la efectividad. La adaptación también se conoce como reinención (EMCDDA, 1998).</p> <p>Estándar 4.2: Cuando selecciona una intervención ya existente.</p>
<p>Agencia (<i>Agency</i>)</p>	<p>Ver <i>Organización</i></p>
<p>Aleatorización/ Asignación al azar (<i>Randomisation</i>)</p>	<p>En la investigación de <i>evaluación de resultados</i>, proceso a través del cual los sujetos susceptibles de ser elegidos o los grupos naturales (por ejemplo, las clases de la escuela) se asignan aleatoriamente a un <i>grupo de intervención</i> o un <i>grupo de control</i>. La asignación es aleatoria si cada unidad (sea individual o grupal) tiene las mismas posibilidades de ser seleccionada para el grupo de intervención o el grupo de control. Esto reduce la probabilidad de diferencias sistemáticas entre los participantes en el grupo de intervención y en el grupo de control. La asignación al azar es una característica de los <i>ensayos controlados aleatorios</i>.</p>
<p>Análisis coste-beneficio (<i>Cost-benefit-analysis</i>)</p>	<p>Proceso de analizar la relación entre los <i>costes</i> y los <i>beneficios</i> de un <i>programa</i> en una variedad de niveles (p. ej., individual, social). Los resultados se expresan en términos económicos. Ver también: <i>Análisis coste-efectividad</i>.</p>
<p>Análisis coste-efectividad (<i>Cost-effectiveness-analysis</i>)</p>	<p>Proceso de analizar la relación entre los <i>costes de un programa</i> y los <i>efectos positivos</i> (de salud) para los participantes. Si hay varios programas <i>efectivos</i> disponibles, un análisis coste-efectividad ayuda a identificar qué programa logra, en términos relativos, los mejores <i>resultados</i> con menos <i>recursos</i>. Por ejemplo, un programa puede costar más que otra alternativa, pero también producir mejores resultados. Por lo tanto, éste podría ser más rentable que la alternativa más barata. La rentabilidad (coste-efectividad) debe distinguirse de la <i>eficiencia</i>.</p>
<p>Aplicación (<i>Delivery</i>)</p>	<p>Ver <i>Implementación</i>.</p>
<p>Atributo (<i>Attribute</i>)</p>	<p>Tercer nivel de detalle dentro de los Estándares. Los atributos contienen las descripciones más detalladas y distinguen entre estándares básicos y avanzados. Los otros niveles de detalle en los Estándares son los <i>componentes</i> y las <i>etapas del proyecto</i>.</p>

B	
Beneficiario <i>(Beneficiary)</i>	<p>1. Beneficiario directo: ver <i>Participante</i>.</p> <p>2. Beneficiario potencial o indirecto: ver <i>Beneficiario indirecto</i>.</p>
Beneficiario indirecto <i>(Indirect beneficiary)</i>	<p>Una persona que no participa en la <i>intervención</i> pero que podría beneficiarse de sus <i>resultados</i> positivos. Por ejemplo, el entorno social de los <i>participantes</i> (p. ej., familia, <i>comunidad</i>) puede beneficiarse de los cambios en el comportamiento de los participantes (p. ej., reducción del <i>uso de drogas</i>, habilidades sociales mejoradas). Además, los participantes pueden transmitir sus conocimientos y experiencias de la intervención, p.ej. a iguales o pares, a los miembros de la <i>población diana</i> que no participaron en la intervención. Este término se utiliza en algunas intervenciones, donde los participantes no representan a la población diana, sino que influyen indirectamente en la población diana. En dichas intervenciones, los participantes son, por ejemplo, compañeros, familias o profesores, mientras que los miembros de la población diana son los beneficiarios indirectos. Los beneficiarios indirectos también se conocen como beneficiarios potenciales.</p>
Beneficiario potencial <i>(Potential beneficiary)</i>	Ver <i>Beneficiario indirecto</i> .
Beneficio <i>(Benefit)</i>	La ventaja que aporta una determinada <i>actividad</i> para una determinada persona (p. ej., un <i>participante</i>), un grupo (p. ej., una <i>comunidad</i>) o una organización (p. ej., la <i>entidad receptora</i>).
C	
Capacidad <i>(Capacity)</i>	Ver <i>Recurso</i> .
Capacitación del personal <i>(Staff development)</i>	<p>El proceso de mejorar las competencias de los miembros del personal (es decir, conocimientos, habilidades, comportamientos) a través de programas de capacitación, revisión periódica, apoyo emocional, supervisión, fomento de la autorreflexión, etc.</p> <p>Estándar C: <i>Capacitación del personal</i>.</p>
Captación / Reclutamiento <i>(Recruitment)</i>	<p>Proceso por el cual se extrae una <i>muestra</i> de participantes de la <i>población diana</i> que es más amplia. En algunas intervenciones, los participantes no se extraen de la población diana, sino de un grupo de personas que tienen influencia sobre los miembros de esta población diana (como la familia). La captación o reclutamiento consiste en seleccionar individuos que reúnen las características para ser elegidos, informarles sobre el <i>programa</i>, invitarlos a participar, inscribirlos y garantizar que comiencen la <i>intervención</i> (por ejemplo, que asistan a la primera sesión).</p> <p>Estándar 5.4: <i>Captación y retención de los participantes</i>.</p>

<p>Ciclo del proyecto (Project cycle)</p>	<p>Ver <i>Etapa del proyecto</i>.</p>
<p>Cobertura (Coverage)</p>	<p>Grado en que una intervención alcanza su población diana prevista. La cobertura se puede expresar en términos cuantitativos, como la relación entre el número de participantes reales y el número de individuos en la población diana. Esto requiere una definición precisa de la población diana y una estimación cuantitativa de su tamaño.</p>
<p>Competencia (Competency)</p>	<p>En los Estándares, el conocimiento, las habilidades y los comportamientos que se requieren de los miembros del <i>personal</i> para que la <i>implementación del programa</i> obtenga éxito. Las competencias se pueden diferenciar en cuatro grandes categorías: competencias básicas para la <i>intervención</i> (p. ej., que tengan conocimiento de los enfoques que son <i>efectivos para la prevención de drogodependencias</i>); competencias específicas para la intervención (p. ej., que tenga un conocimiento específico y unas habilidades necesarias para la intervención); competencias generales (p. ej., que posean habilidades sociales genéricas, de gestión de proyectos); y metacompetencias que permiten a los miembros del personal responder a las necesidades individuales de los <i>participantes</i> (p. ej., <i>sensibilidad cultural</i>) (adaptado de Pilling et al., 2010).</p> <p>Estándar C: Capacitación del personal.</p>
<p>Componente (Component)</p>	<p>1. El segundo nivel de detalle dentro de los Estándares. Los componentes representan las acciones que se realizarán en cada <i>etapa del proyecto</i>. En totalidad hay 35 componentes. Cuatro componentes se ubican en el centro del Ciclo del Proyecto y deben reconsiderarse en cada etapa del mismo ('Aspectos transversales'). Los 31 componentes restantes están asignados a cada etapa específica del proyecto. Los otros dos niveles de detalle en los Estándares están compuestos por los <i>atributos</i> y las <i>etapas del proyecto</i>.</p> <p>2. Las diferentes partes, juntas, forman un <i>programa</i> completo. Una <i>intervención</i> multicomponente incluye una gama de diferentes <i>actividades</i> de intervención.</p>
<p>Comunidad (Community)</p>	<p>1. Grupo de personas que viven y/o trabajan en un área geográficamente definida (p. ej., barrio, distrito de la ciudad) y/o que comparten un historial social o cultural, intereses o experiencia (p. ej., étnico, religioso, lingüístico). El <i>entorno</i> puede ser específico para ciertas <i>comunidades</i> (p. ej., una escuela, un centro juvenil). Dependiendo de la comunidad, puede existir un sentido de identidad compartido en diversos grados. Con frecuencia, los individuos pertenecen a varias comunidades basándose, por ejemplo, en la geografía, la ocupación o los intereses de ocio (OMS, 1998).</p> <p>Estándar 1.2: Evaluación del consume de drogas y de las necesidades de la comunidad; 2.1: Evaluación de la población diana y de los recursos de la comunidad.</p>

	<p>2. Comunidad profesional: El colectivo de expertos que trabajan en un determinado campo técnico (p. ej., la comunidad científica y/o de prevención).</p>
<p>Contexto / Entorno /Ámbito <i>(Setting)</i></p>	<p>Los entornos sociales y/o físicos en los que tiene lugar la <i>intervención</i>, por ejemplo la familia, una escuela, el lugar de trabajo, una discoteca, la <i>comunidad</i>, la sociedad. El término también puede referirse a los contextos sociales y/o físicos en los que las personas se implican en las actividades diarias, por ejemplo, el trabajo o el ocio. El contexto también se conoce como entorno, ubicación, marco o ámbito de implementación.</p> <p>Estándar 3.4: Definición del contexto de la intervención.</p>
<p>Coste <i>(Cost)</i></p>	<p>1. Coste directo/indirecto: la cantidad de dinero que se requiere para el <i>programa</i>. Se pueden distinguir dos tipos de costes: los costes directos están directamente relacionados con la duración del programa (p. ej., salarios del <i>personal</i>), mientras que los costes indirectos no están directamente asociados con la duración del programa (p. ej., manuales y otros <i>materiales</i>). Las estimaciones sobre el presupuesto y los costes están documentadas en el plan económico.</p> <p>Estándar 5.2: Planificación de los requisitos económicos.</p> <p>2. Costo de oportunidad: el valor (<i>beneficio</i>) de la siguiente mejor alternativa disponible para alguien que elige entre varias opciones. Los costos de oportunidad no se limitan a los costes económicos, sino que incluyen otros aspectos, como el tiempo perdido o el placer. Por ejemplo, los participantes pueden tener que renunciar al trabajo o al tiempo libre para participar en una <i>intervención</i>, y las instalaciones no pueden ser utilizadas para otras actividades.</p>
<p>Cultura <i>(Culture)</i></p>	<p>Conjunto de valores, actitudes, creencias, comportamientos compartidos (por ejemplo, costumbres), formas de comunicación (por ejemplo, lenguaje, artes, símbolos, música), etc., que caracterizan a un grupo social u organización en particular (ver Comunidad). La capacidad de integrar las consideraciones culturales en el trabajo de prevención se conoce como <i>sensibilidad cultural</i>.</p> <p>Estándar 1.4: Conocimiento sobre la población diana.</p>
D	
<p>Datos de resultados <i>(Outcome data)</i></p>	<p>Ver <i>Evaluación de resultados</i>.</p>
<p>Datos iniciales de referencia / Línea base <i>(Baseline data)</i></p>	<p>Son los datos de los participantes que se recogen cuando se inicia la <i>intervención</i>, p. ej., para que sirvan de información de referencia para el seguimiento y las evaluaciones. El progreso de la intervención se mide al comparar los datos recogidos durante y al final de la intervención con los datos de referencia iniciales.</p>

<p>Descripción del programa (<i>Programme description</i>)</p>	<p>En los Estándares, una descripción del <i>programa</i> que presta especial atención a las condiciones y las posibles consecuencias de la participación (por ejemplo, coste, riesgos y <i>beneficios</i>). Está escrita antes de iniciar la <i>intervención</i> para utilizar como información sobre el programa para los grupos externos (por ejemplo, <i>población diana</i>, patrocinadores). La descripción del programa también se conoce como un esquema o una táctica del programa (por ejemplo, en un contexto escolar). La descripción del programa difiere de la <i>planificación del proyecto</i>, que es una herramienta interna para guiar la <i>implementación</i> del proyecto; también difiere del informe final que resume el programa una vez que ha finalizado.</p> <p>Estándar 5.6: Aportación de una descripción del programa.</p>
<p>Desgaste (<i>Attrition</i>)</p>	<p>Es una reducción no planificada en el número de <i>participantes</i> después de haberse iniciado la <i>intervención</i>. Está causado por participantes que abandonan la intervención o <i>evaluación</i>, es decir, participan en la (s) primera (s) sesión(es) y la recogida de datos inicial, pero no permanecen hasta el final de la intervención y la recogida de datos final.</p>
<p>Determinante de salud (<i>Determinant of Health / Health determinant</i>)</p>	<p>Cualquier factor que se crea que afecta a la salud, como el biológico (p. ej., edad, sexo, genética), individual (p. ej., estilo de vida, experiencias infantiles), socioeconómico (p. ej., educación, ocupación, ingresos), del ambiente (p. ej., contaminación, condiciones laborales), político (p. ej., políticas de salud), estructurales (p. ej., acceso y disponibilidad de servicios) y factores <i>culturales</i> (p. ej., roles de <i>género</i>). Los determinantes proximales de la salud, como el comportamiento individual, están directamente relacionados con la salud; mientras que los determinantes distales, como las normas culturales, están relacionados con la salud de forma más remota.</p>
<p>Difusión (<i>Dissemination</i>)</p>	<p>1. Difusión de la información sobre el <i>programa</i>: comunicación de los detalles del programa y, cuando estén disponibles, difusión de los resultados de la <i>evaluación</i>, al público o grupos <i>diana pertinentes</i>, como la <i>comunidad</i> científica y/o de prevención, los financiadores y la <i>población destinataria</i>.</p> <p>Etapa 8 del proyecto: Difusión y mejora.</p> <p>2. Expansión (diseminación) del programa ('a escala'): <i>Replicar</i> un programa a gran escala, por ejemplo, con más <i>participantes</i>, cubriendo un área geográfica mayor, etc. En este escenario, el programa se prueba inicialmente a pequeña escala para determinar su <i>efectividad</i>, por ejemplo, en un número limitado de escuelas. Una vez que se ha demostrado su efectividad, se implementa a gran escala, por ejemplo, en todas las escuelas del país.</p>
<p>Diseño cuasi experimental (<i>Quasi-experimental Design</i>)</p>	<p>En la investigación de <i>evaluación de resultados</i>, un tipo de estudio donde los <i>resultados</i> se miden en el <i>grupo de intervención</i> y en el <i>grupo de control</i> antes y después de la <i>intervención</i>, pero donde los <i>participantes</i> no se asignan aleatoriamente a los grupos de intervención y control. En cambio, dado que el grupo de intervención ya puede estar en contacto con un <i>servicio</i>, las personas pueden ser elegidas deliberadamente para</p>

	<p>que el grupo de control tenga características similares a las del grupo de intervención ('emparejamiento'). Como la asignación no es aleatoria, es más probable que las diferencias (inadvertidas) entre los grupos de intervención y control ocurran y afecten a los resultados. Este tipo de estudio también se conoce como diseño pre y post con grupo de control. Otros tipos de estudio incluyen el diseño <i>no experimental</i> y el <i>ensayo controlado aleatorio</i>.</p>
<p>Diseño experimental (<i>Experimental design</i>)</p>	<p>Ver <i>Ensayo controlado aleatorizado</i>.</p>
<p>Diseño no experimental (<i>Non-experimental design</i>)</p>	<p>En la investigación de <i>evaluación de resultados</i>, un tipo de estudio donde los <i>resultados</i> se miden solo en el <i>grupo de intervención</i>. Cuando se recogen los datos del grupo de <i>intervención</i>, sólo después de la intervención, no es posible hacer ninguna inferencia sobre la <i>efectividad</i> de la intervención. Si los datos se recogen antes y después de la intervención, se pueden describir los cambios que ocurrieron entre ambos puntos en el tiempo. Sin embargo, no es posible demostrar que estos cambios fueron causados por la intervención, ya que esto requeriría el uso de un <i>grupo de control</i>. Este tipo de diseño no experimental también se conoce como diseño naturalista o diseño pre y post sin grupo de control. Los tipos de estudio con un grupo de control incluyen el <i>diseño cuasi experimental</i> y el <i>ensayo controlado aleatorizado</i>.</p>
<p>Droga (<i>Drug</i>)</p>	<p>Cualquier sustancia psicoactiva, es decir, una sustancia que, si se toma en dosis suficientes, puede alterar los procesos mentales y fisiológicos. Ejemplos de drogas incluyen alcohol, tabaco, sustancias ilegales (es decir, aquellas cuya producción, venta o uso está prohibido o limitado según las leyes y tratados internacionales y nacionales de control de drogas), sustancias volátiles (gases, disolventes de pegamentos, aerosoles y productos similares), medicamentos de venta libre y recetados, y nuevas sustancias psicotrópicas (por ejemplo, "euforizantes legales"). Las drogas también se conocen como sustancias o compuestos; las drogas ilegales también se conocen como drogas controladas o ilícitas. Nota: Los alimentos están excluidos de esta definición.</p> <p>Estándar 3.3: Definición de fines, metas y objetivos.</p>
<p>E</p>	
<p>Efecto (<i>Effect</i>)</p>	<p>1. En la investigación de <i>evaluación</i>, un <i>resultado</i>, consecuencia o impacto de una <i>intervención</i> o conjunto de intervenciones. La investigación de <i>evaluación de resultados</i> busca comprender los efectos y la <i>efectividad</i> de las intervenciones. El 'tamaño del efecto' proporciona una estimación cuantitativa del efecto. Se puede calcular como la diferencia de medias entre el <i>grupo de intervención</i> y el <i>grupo de control</i> en un determinado <i>indicador</i>, dividida por la desviación estándar del grupo de control o de ambos grupos (EMCDDA, 2011).</p> <p>2. Efecto de las drogas: cambios mentales, fisiológicos, conductuales, etc. que ocurren en los usuarios como consecuencia de su <i>consumo de drogas</i>.</p>

<p>Efecto iatrogénico (<i>Iatrogenic effect</i>)</p>	<p><i>Resultados</i> negativos para los <i>participantes</i> que han sido causados por una <i>intervención</i>. Los efectos iatrogénicos de las intervenciones de <i>prevención de drogodependencias</i> podrían ser, por ejemplo, mayor <i>uso de drogas</i>, daños para los participantes, etc. La iatrogenesis puede afectar a los resultados principales, como el consumo de drogas o una mayor incidencia de otros comportamientos no deseados ("efectos secundarios"). Un efecto iatrogénico es diferente de ningún efecto ("ineficaz") ya que esto significaría que no hubo resultados positivos ni negativos.</p>
<p>Efectividad (<i>Effectiveness</i>)</p>	<p>El grado en que una <i>intervención</i> produce, en la práctica, los <i>resultados</i> deseados sin causar daño. En la investigación de <i>evaluación de resultados</i>, los ensayos de efectividad evalúan si las intervenciones son efectivas en condiciones reales o en <i>entornos</i> naturales (Flay et al., 2005), por ejemplo, cuando es impartido por un maestro de clase típico, en lugar de un profesional especialmente capacitado para realizar un estudio de investigación. Ellos aclaran en qué condiciones son efectivas las intervenciones al considerar el impacto de las variaciones (p. ej., las condiciones en las que se imparte, la calidad de la <i>implementación</i>). Los estudios de efectividad son diferentes a los estudios de <i>eficacia</i>, que evalúan las intervenciones en condiciones ideales.</p>
<p>Efecto iatrogénico (<i>Iatrogenic effect</i>)</p>	<p><i>Resultados</i> negativos para los <i>participantes</i>, causados por una <i>intervención</i>. Los efectos iatrogénicos de las intervenciones de <i>prevención de drogodependencias</i> podrían ser, por ejemplo, un aumento en el <i>consumo de drogas</i>, perjuicios para los participantes, etc. La iatrogenesis puede afectar los resultados principales, como el consumo de drogas o el aumento de la incidencia de otras conductas no deseadas ("efectos secundarios"). Un efecto iatrogénico es diferente de ningún efecto ("ineficaz") ya que esto significaría que no hubo resultados positivos ni negativos.</p>
<p>Efecto secundario (<i>Side effect</i>)</p>	<p>Ver <i>Efecto iatrogénico</i>.</p>
<p>Eficacia (<i>Efficacy</i>)</p>	<p>En la investigación de <i>evaluación de resultados</i>, el grado en que una <i>intervención</i>, en condiciones ideales, produce los <i>resultados</i> deseados sin causar daño, por ejemplo, cuando sea aplicado por quien ha elaborado el programa o por profesionales especialmente capacitados. Las condiciones se controlan para evitar cualquier variación. Los ensayos de eficacia son diferentes de los ensayos de <i>efectividad</i>, que evalúan intervenciones en condiciones reales y exploran explícitamente el impacto de las variaciones.</p>
<p>Eficiencia (<i>Efficiency</i>)</p>	<p>El uso óptimo de los <i>recursos</i>, es decir, una medida de la relación entre los <i>costes</i> y los <i>resultados</i> de un <i>programa</i>. Un programa es ineficiente si se pueden lograr los mismos resultados con menos recursos (p. ej., con equipos menos costosos, con menos miembros del <i>personal</i>) o si, empleando los mismos recursos, éstos pueden producir mejores resultados (p. ej., cuando logran involucrar a un mayor número de <i>participantes</i>). Si hay varios programas <i>efectivos</i> disponibles, se puede llevar a cabo un <i>análisis de coste-efectividad</i> para identificar qué</p>

	<p>programa logra, en términos relativos, los mejores resultados con menos recursos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la eficiencia difiere de la <i>efectividad</i>.</p>
<p>Ensayo controlado aleatorio <i>(Randomised controlled trial)</i></p>	<p>En la investigación de <i>evaluación de resultados</i>, un tipo de estudio que implica la asignación aleatoria de individuos o de grupos naturales (por ejemplo, clases escolares) a <i>grupos de intervención</i> y <i>grupos de control</i>. Los <i>resultados</i> se miden en ambos grupos antes y después de la <i>intervención</i>. Se considera que los ensayos controlados aleatorios producen la <i>evidencia de efectividad</i> más sólida. Este tipo de estudio también se conoce como diseño experimental o diseño pre y post con grupo de control y <i>asignación al azar</i>. Una abreviatura común es RCT (Randomised Controlled Trial). Otros tipos de estudios menos robustos incluyen el <i>diseño no experimental</i> y el <i>diseño cuasi experimental</i>.</p>
<p>Epidemiología <i>(Epidemiology)</i></p>	<p>El estudio de la distribución y las causas de la salud y la enfermedad, por ejemplo, en relación con el <i>consumo de drogas</i>. La información epidemiológica proporciona la base para las <i>actividades de prevención</i> de drogodependencias al indicar, por ejemplo, la prevalencia del consumo de <i>drogas</i> y el alcance y la naturaleza de las necesidades relacionadas con las drogas en una <i>comunidad</i>. La epidemiología generalmente emplea diseños de estudio cuantitativos (p. ej., encuestas de prevalencia, estudios de cohortes, estadísticas de rutina). Los enfoques de las ciencias sociales (p. ej., sociología, economía) se utilizan cada vez más para contextualizar los hallazgos epidemiológicos.</p> <p>Estándar 1.2: Evaluación del consume de drogas y de las necesidades de la comunidad.</p>
<p>Estándar <i>(Standard)</i></p>	<p>Ver <i>Estándar de calidad</i>.</p>
<p>Estándar de calidad <i>(Quality standard)</i></p>	<p>Un punto de referencia que ayuda a juzgar si una <i>actividad</i>, un <i>proveedor</i>, etc. tiene una calidad alta. Los estándares de calidad generalmente se basan en el consenso profesional. Su principal enfoque se centra en los aspectos estructurales y de procedimiento para asegurar la calidad, por ejemplo, la <i>evaluación</i>, composición y competencias del <i>personal</i>, la seguridad de los participantes, etc. Los Estándares distinguen entre estándares de calidad y directrices (o pautas o guías).</p> <p><i>Para información específica acerca de los Estándares Europeos de Calidad para la Prevención de las Drogodependencias, puede consultarse la Introducción.</i></p>
<p>Estadísticamente significativo <i>(Statistically significant)</i></p>	<p>Un resultado que se verifica mediante pruebas estadísticas es poco probable que haya ocurrido por casualidad. En la investigación de evaluación de resultados, se evalúa la importancia estadística de los hallazgos para comprender si, por ejemplo, los resultados fueron realmente causados por la intervención.</p> <p>Estándar 7.1: Si se realiza una evaluación de resultados.</p>

<p>Etapas del proyecto (<i>Project stage</i>)</p>	<p>El primer nivel que se detalla dentro de los Estándares. En un ciclo del proyecto se organizan cronológicamente ocho etapas distintas, que ilustra el ciclo de vida de un programa (de <i>prevención de drogodependencias</i>) desde el inicio (<i>evaluación de necesidades</i>) hasta el final (<i>difusión</i>). El centro del ciclo del proyecto contiene aspectos transversales que deben considerarse de nuevo en cada etapa del proyecto. El ciclo del proyecto representa un modelo que, en la práctica, debe adaptarse a las circunstancias particulares de cada proyecto. Los otros dos niveles que se detallan en los Estándares se componen de <i>atributos y componentes</i>.</p>
<p>Ética de la prevención de drogodependencias (<i>Ethical drug prevention</i>)</p>	<p>En los Estándares, el trabajo de <i>prevención de las drogodependencias</i> se caracteriza por una conducta ética y legal del <i>promotor / proveedor / organizador</i>, orientada hacia los derechos, la autonomía y las necesidades de los <i>participantes</i> (p. ej., lograr resultados positivos sin daños en la población diana). En general, la ética proporciona directrices sobre cómo deben actuar las personas y cómo tomar decisiones sobre lo que es "correcto" e "incorrecto".</p> <p>Estándar D: Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias.</p>
<p>Evaluación (<i>Evaluation</i>)</p>	<p>La recogida sistemática, el procesamiento y el análisis de los datos del <i>programa</i> para juzgar si se han alcanzado las <i>metas</i> y los <i>objetivos</i>, y cómo se han logrado. Los métodos pueden utilizar enfoques cualitativos y/o cuantitativos. Una evaluación es 'interna' o 'externa' dependiendo de si el individuo o equipo que realiza la evaluación trabaja dentro de la organización que se evalúa o para una organización externa (p. ej., universidad, consultoría) (EMCDDA, 2010). Los Estándares describen la <i>monitorización</i> como un medio de evaluación continua durante la <i>implementación</i>, y la <i>evaluación de procesos</i> y de resultados como formas más científicas de evaluación que se llevan a cabo después de la implementación.</p> <p>Estándar 4.4: Cuando se planifican evaluaciones finales; 6.3: Monitorización de la implementación; 7: Evaluaciones finales.</p>
<p>Evaluación de necesidades (<i>Needs assessment</i>)</p>	<p>Una evaluación sistemática de la naturaleza y extensión de las necesidades, así como de las posibles causas y factores que contribuyen a esas necesidades. Los datos suelen ser <i>epidemiológicos</i>, pero también pueden obtenerse mediante grupos focales, etc. El objetivo es identificar las necesidades no satisfechas (por ejemplo, brechas en la provisión de <i>servicios</i>) y planificar <i>actividades</i> que satisfagan estas necesidades. Los Estándares resaltan las necesidades definidas por las políticas y la legislación, la <i>comunidad</i> y sus miembros, y, lo que es más importante, la <i>población diana</i> (potencial) y su entorno social. La evaluación de necesidades también se conoce como análisis de necesidades. En los Estándares, la evaluación de las necesidades se distingue de la <i>evaluación de los recursos</i>, que se centra en evaluar los <i>recursos</i> disponibles.</p> <p>Estándar 1: Evaluación de necesidades.</p>

<p>Evaluación de proceso <i>(Process evaluation)</i></p>	<p>La recogida y el análisis sistemáticos de los datos del proceso se realiza para comprender por qué los <i>resultados</i> se lograron (/o no) y cómo se puede mejorar el <i>programa</i> en el futuro. Si se implementó una intervención ya existente, la evaluación del proceso también puede demostrar que se mantuvo la fidelidad. Los datos del proceso también están relacionados con los resultados del programa (por ejemplo, qué <i>actividades</i>, con quién y por quién fueron llevadas a cabo). Como la evaluación del proceso documenta los resultados, entonces permite analizar por qué el programa se llevó a cabo de esa manera y cómo eso podría haber tenido un impacto en los resultados. Los aspectos a considerar generalmente incluyen: extensión y <i>cobertura</i> (es decir, ¿representaron los participantes a la <i>población diana</i>?); aceptación de la intervención por parte de los <i>participantes</i> (por ejemplo, la idoneidad del contenido y de los <i>materiales</i>); <i>fidelidad</i> (es decir, ¿se realizó la <i>intervención</i> según lo planificado?); uso de los <i>recursos</i> (por ejemplo, <i>coste-efectividad</i>). Las evaluaciones del proceso también se conocen como revisiones de control de calidad, evaluaciones del rendimiento, evaluaciones de la implementación, evaluaciones de programas, etc. En los Estándares, las evaluaciones del proceso se diferencian de la <i>monitorización</i> porque esta va analizando los datos durante la <i>implementación</i>. También se diferencia de las <i>evaluaciones de resultados</i> ya que estas analizan los resultados de la implementación en los participantes.</p> <p>Estándar 4.4: Si se planifican evaluaciones finales; 7.2: Si se realiza una evaluación de proceso.</p>
<p>Evaluación de recursos <i>(Resource assessment)</i></p>	<p>Una evaluación de todos los <i>recursos</i> que están disponibles para un individuo, <i>organización, comunidad, etc.</i>, poniendo un énfasis particular en aquellos recursos que podrían utilizarse en el <i>programa</i> previsto (por ejemplo, <i>preparación</i> de la comunidad). En los Estándares, la evaluación de recursos se distingue de la evaluación de necesidades que apunta a identificar necesidades no satisfechas.</p> <p>Estándar 2: Evaluación de recursos.</p>
<p>Evaluación de resultados <i>(Outcome evaluation)</i></p>	<p>La recogida y el análisis sistemático de los <i>datos</i> de los resultados se usan para evaluar si se lograron las <i>metas</i> y los <i>objetivos</i>, y para establecer si la <i>intervención</i> es <i>efectiva</i>. Si la evaluación se realiza como un <i>ensayo controlado aleatorio</i>, es posible atribuir los <i>efectos</i> observados a la intervención. La evaluación de resultados se distingue de la <i>evaluación</i> del proceso que analiza cómo se llevó a cabo la intervención.</p> <p>Estándar 4.4: Si se planifican evaluaciones finales; 7.1: Si se realiza una evaluación de resultados.</p>
<p>Evaluación externa <i>(External evaluation)</i></p>	<p>Ver <i>Evaluación</i>.</p>
<p>Evaluación interna <i>(Internal evaluation)</i></p>	<p>Ver <i>Evaluación</i>.</p>

<p>Evidencia (<i>Evidence</i>)</p>	<p>1. Información empírica, es decir, información basada en observaciones, experimentos, etc.</p> <p>2. Evidencia de <i>efectividad</i>: información sobre la efectividad de las <i>intervenciones</i> para lograr <i>resultados</i>. Esta información se deriva típicamente de ensayos de investigación científica y se usa como fuente en la literatura profesional (p. ej., revistas científicas). La evidencia también puede derivarse de <i>evaluaciones de resultados</i> que no fueron parte de los ensayos de investigación, siempre y cuando se realizaran de una manera científicamente sólida. La evidencia científica se distingue de la evidencia anecdótica en que la anecdótica se basa en informaciones subjetivas (p. ej., experiencias profesionales, observaciones no estructuradas). En consecuencia, se pueden distinguir diferentes niveles de evidencia según cómo esta ha sido producida; por ejemplo, en las evaluaciones de evidencia crítica, se considera que los <i>ensayos controlados aleatorios</i> producen el nivel más alto de evidencia, mientras que las opiniones profesionales se consideran como el nivel más bajo de evidencia (Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford –OCEBM-, 2009).</p> <p>Estándar 3.5: Empleo de la evidencia de efectividad.</p> <p>3. Ejemplos de evidencia: los encontramos en los Estándares, en los ejemplos que incluyen cómo, en la práctica, se podría evidenciar (es decir, se habría probado, demostrado) el logro de los Estándares.</p>
<p>Evidencia anecdótica (<i>Anecdotal evidence</i>)</p>	<p>Ver <i>Evidencia</i>.</p>
<p>Estrategia (<i>Strategy</i>)</p>	<p>1. Un plan amplio que especifica las prioridades y actividades principales de un proyecto u organización completo. En la prevención de drogodependencias, las estrategias más importantes de este tipo son las establecidas por los gobiernos locales, regionales, nacionales e internacionales (por ejemplo, la Unión Europea, Naciones Unidas).</p> <p>Estándar 1.1: Conocimientos sobre las políticas y la legislación sobre drogodependencias.</p> <p>2. Un plan amplio que especifique las prioridades y actividades principales con respecto a un aspecto particular del proyecto, como la comunicación, la recaudación de fondos, la evaluación, la documentación y la difusión. En los Estándares, estas estrategias se resumen en el plan del proyecto.</p> <p>Estándar 5.1: Planificación del programa - Ilustración de la planificación del proyecto.</p>
<p>Equipo (<i>Team</i>)</p>	<p>En los Estándares, todos los miembros del <i>personal</i> que trabajan en el <i>programa</i>. Dentro del equipo, se pueden formar equipos más pequeños para tratar problemas particulares, como la recaudación de fondos, la <i>adaptación</i> cultural, la <i>evaluación</i>, la <i>difusión</i>, etc. Estos sub-equipos pueden constar de una sola persona.</p>

F

Factor de protección **(Protective factor)**

En el contexto de la *prevención de las drogodependencias*, un factor que reduce la probabilidad del inicio en el *uso de drogas* o la progresión a formas de consumo más dañinas. Los factores de protección se pueden encontrar en diferentes niveles, como el individual (por ejemplo, competencia social, control de impulsos, nivel educativo alto), el familiar (unidad familiar cohesionada, que presta cuidado y apoyo, con supervisión de los padres), el nivel de *compañeros/comunidad* (por ejemplo, las normas contra el uso de *drogas*), el contextual (por ejemplo, alto nivel socioeconómico). El trabajo de prevención de drogodependencias tiene como objetivo fortalecer los factores de protección. Los factores de protección son distintos de los *factores de riesgo*.

Estándar 1.4: Conocimiento sobre la población diana.

Factor de riesgo **(Risk factor)**

En el contexto de la *prevención de las drogodependencias*, un factor que aumenta la probabilidad de iniciarse en el uso de drogas o la progresión a formas de consumo más dañinas. Existen diferentes niveles donde se pueden encontrar factores de riesgo, como en el del comportamiento individual (por ejemplo, el comportamiento antisocial, la falta de autoestima, un bajo rendimiento escolar), el familiar (por ejemplo, consumo de drogas por parte de los padres, falta de apoyo, falta de supervisión de los padres), en *compañeros/comunidad* (como pares que consumen drogas), contextual (por ejemplo, bajo nivel socioeconómico, alta disponibilidad de drogas).

El trabajo de prevención de drogodependencias tiene como objetivo reducir los factores de riesgo. Los factores de riesgo son distintos de los *factores de protección*.

Estándar 1.4: Conocimiento sobre la población diana.

Fiabilidad **/Confiabilidad** **(Reliability)**

Un *indicador* de la calidad de un *instrumento de recogida de datos*. Un instrumento es fiable si produce resultados consistentes, por ejemplo, con los mismos sujetos una y otra vez ('fiabilidad test-retest'), entre distintas personas que usan el instrumento ('fiabilidad entre evaluadores'), o entre elementos dentro del mismo instrumento ('consistencia interna').

La fiabilidad test-retest es un requisito previo importante para la *evaluación de resultados*; el uso de instrumentos confiables asegura que los cambios observados se deben a cambios reales en los participantes y no a un *instrumento de evaluación* poco fiable. Otros indicadores de la calidad de un instrumento son la *objetividad* y la *validez*.

Fidelidad **(Fidelity)**

Grado en que la *implementación* real de una intervención se corresponde con el plan original de los promotores del programa (o con el diseño de intervención cuidadosamente adaptado). La fidelidad queda reducida cuando los miembros del *personal* no se adhieren al protocolo original y realizan modificaciones no planificadas, por ejemplo al reducir el número de sesiones o cambiando el contenido de la intervención.

<p>Fin (Aim)</p>	<p>Es una declaración sobre la dirección, el propósito o la intención general del <i>programa</i>. Los fines se pueden formular en términos menos específicos que las <i>metas</i> y los <i>objetivos</i>, y no es necesario que sean directamente medibles o alcanzables dentro del programa actual. Por ejemplo, los fines a largo plazo pueden lograrse varios años después de que una <i>intervención</i> haya finalizado, o una intervención solo puede contribuir en parte al logro de los fines. Los fines no son suficientes para <i>implementar</i> y <i>evaluar</i> programas; su propósito es trazar la idea general a partir de la cual se desarrollan metas y objetivos precisos.</p> <p>Fines, metas, y objetivos forman una progresión lógica. <i>La Figura 4 da un ejemplo de como un fin general se puede traducir en metas generales y objetivos específicos.</i></p> <p>Estándar 3.3: Definición de fines, metas y objetivos.</p>
<p>G</p>	
<p>Género (Gender)</p>	<p>En los Estándares, el conjunto de roles, comportamientos, etc. contruidos socialmente que se consideran apropiados para hombres y mujeres, por ejemplo, lo que significa ser un "niño" o una "niña" en una determinada <i>cultura</i>. Estas creencias pueden diferir entre las <i>comunidades</i>. En los Estándares, el "género" definido culturalmente se distingue del 'sexo' que se refiere a las características biológicas de hombres y mujeres. Sin embargo, algunos profesionales usan los términos indistintamente, reconociendo su interdependencia (por ejemplo, la capacidad física puede influir en la posibilidad de realizar algunas actividades, la aceptación de ciertas actividades puede influir en las características fisiológicas).</p>
<p>Generalizable (Generalisability)</p>	<p>El grado en que los diseños de <i>intervención</i>, los <i>modelos teóricos</i>, los resultados de la <i>evaluación</i>, etc. se pueden aplicar a otras poblaciones, otros <i>entornos</i>, etc.</p>
<p>Guía / directrices (Guidance)</p>	<p>En los Estándares, un término general que se da a la información escrita usada para dirigir acciones de salud pública, tales como <i>directrices</i> y recomendaciones de pautas, <i>estándares de calidad</i>, consejos, sugerencias, etc.</p>
<p>Grupo de comparación (Comparison group)</p>	<p>Ver <i>Grupo control</i>.</p>
<p>Grupo control (Control group)</p>	<p>Grupo de personas que sirven como punto de referencia para interpretar los cambios en el grupo de intervención durante la evaluación de resultados. Los individuos en el grupo control son esencialmente similares a los participantes de la intervención pero no la reciben. En cambio, pueden recibir, por ejemplo, ninguna intervención en absoluto, una intervención alternativa o participar en una actividad no relacionada con la prevención. Los datos se recogen del grupo de control utilizando los mismos procedimientos que en el grupo de intervención. Si los cambios ocurren solo en el grupo intervención (evaluado mediante pruebas estadísticas), es más probable que hayan sido causados por la</p>

	<p>intervención. Si ocurren cambios en ambos grupos, pueden no estar relacionados con la intervención y ser causados por un factor diferente y desconocido. Los grupos control se usan en diseños cuasi-experimentales y ensayos aleatorios controlados. Otros términos que indican el uso de un grupo control incluyen diseño controlado, diseño de grupo control, condición de control. El grupo control también se conoce como el grupo de comparación.</p> <p>Estándar 4.4: Si se planifican evaluaciones finales.</p>
<p>Grupo de intervención (<i>Intervention group</i>)</p>	<p>Un grupo de personas que participan o reciben la <i>intervención</i>. En el diseño de la <i>evaluación</i>, el grupo de intervención se distingue del <i>grupo de control</i>. Los individuos en el grupo de control no reciben la intervención, por lo tanto, proporcionan un punto de referencia para interpretar los cambios en el grupo de intervención durante la <i>evaluación de resultados</i>. El grupo de intervención también se conoce como el grupo experimental.</p>
<p>Grupo de interés (<i>Stakeholder</i>)</p>	<p>Cualquier individuo, grupo, organización, etc. que tenga un interés personal (una participación) y/o que esté directa o indirectamente afectado por las <i>actividades</i> y/o los <i>resultados</i> del <i>programa de prevención de drogodependencias</i>. Los ejemplos incluyen: <i>población diana, participantes, miembros del personal, la comunidad, la organización receptora</i>, los financiadores, gobernantes, los medios de comunicación, el voluntariado, los servicios sociales y de salud, etc.</p> <p>Estándar B: Comunicación y participación de los grupos de interés para el programa.</p>
<p>Grupo experimental (<i>Experimental group</i>)</p>	<p>Ver <i>Grupo de intervención</i>.</p>
H	
<p>Herramienta (<i>Tool</i>)</p>	<p>Ver <i>Herramienta de evaluación</i>.</p>
<p>Herramienta de evaluación (<i>Evaluation tool</i>)</p>	<p>Recursos técnicos necesarios para llevar a cabo la <i>monitorización</i> y las <i>evaluaciones</i> finales, por ejemplo, <i>instrumentos de evaluación</i>.</p>
I	
<p>Implementación (<i>Implementation</i>)</p>	<p>El proceso de actuación según el <i>plan</i> del proyecto. En los Estándares, la 'implementación' de manera general, se refiere a llevar a cabo con los participantes específicamente la <i>intervención</i> planificada, mientras que la 'implementación del <i>programa</i>' incluye otros aspectos tales como <i>reclutamiento</i> de participantes, capacitación del <i>personal</i>, etc. La implementación también se denomina 'actuación' en los Estándares.</p> <p>Estándar 6: Implementación y monitorización</p>

<p>Indicador <i>(Indicator)</i></p>	<p>Una medida unidimensional, sustituta de un concepto más complejo que no se puede medir ni observar directamente. Los indicadores se pueden usar para una variedad de propósitos, por ejemplo, para sustentar la <i>evaluación de necesidades</i> u otras <i>evaluaciones</i> (ver <i>Indicador de evaluación</i>). Por lo general, se utilizan varios indicadores para obtener una comprensión completa del concepto.</p>
<p>Indicador de evaluación <i>(Evaluation indicator)</i></p>	<p>Una medida sustitutiva unidimensional para un concepto que no puede medirse u observarse directamente (EMCDDA, 1998), es decir, es la información específica que debe recogerse para <i>evaluaciones de procesos</i> y <i>evaluaciones de resultados</i>. Las metas y los objetivos comúnmente abordan los resultados que no se pueden medir directamente (p. ej., <i>consumo de drogas</i>, habilidades sociales). Por ello, se traducen en indicadores que ayudan a evaluar el logro de las metas y los objetivos. Los indicadores de resultados se derivan de metas y objetivos específicos y se refieren a los cambios en los <i>participantes</i>. Los ejemplos incluyen: consumo de drogas auto-informado; intención auto-declarada de consumir drogas en el futuro; habilidades de comunicación (p. ej., mediante cumplimentación de un cuestionario o a través de la observación). Los indicadores de proceso se derivan de los objetivos operacionales y se refieren a la <i>implementación del programa</i>. Los ejemplos incluyen: número de participantes, frecuencia de participación de los destinatarios, número de miembros del <i>personal</i> involucrados en el programa, comentarios de los participantes y del personal, <i>fidelidad</i> de la implementación, etc. Debido a que los indicadores son solo aproximaciones de conceptos complejos, es común usar varios indicadores para medir un concepto. Los indicadores de evaluación también se conocen como medidas de proceso y resultado, criterios de evaluación, etc.</p> <p><i>Figura 5 (página 140, de Estándares europeos de calidad para la Prevención de las drogodependencias. Manual para profesionales de la prevención) ilustra la relación entre objetivos específicos y operativos, indicadores de evaluación y puntos de referencia.</i></p> <p>Estándar 4.4: Si se planifican evaluaciones finales.</p>
<p>Instrumento <i>(Instrument)</i></p>	<p>Ver <i>Instrumento de evaluación</i>.</p>
<p>Intervención <i>(Intervention)</i></p>	<p>Una <i>actividad</i> o conjunto de actividades llevadas a cabo en contacto (directo) con la <i>población diana</i> para producir un determinado <i>resultado</i> (por ejemplo, prevenir o reducir el consumo de drogas). En el contexto de la <i>prevención</i> de las <i>drogodependencias</i>, el término se usa en su sentido genérico y no implica un protocolo de tratamiento real. El trabajo que llevan a cabo los <i>servicios</i> instituciones está incluido en esta definición. En los Estándares, el término "intervención" se refiere a las actividades dirigidas a cambiar a los <i>participantes</i>, mientras que "proyecto" se refiere a todas las demás actividades tales como planificación, <i>selección</i> de participantes, capacitación del <i>personal</i>, etc. Todos los aspectos de la intervención y del proyecto de trabajo de prevención, están incluidos el término general '<i>programa</i>'.</p> <p>Estándar 4: Diseño de la intervención.</p>

<p>Intervención adaptada <i>(Tailored intervention)</i></p>	<p>En los Estándares, una intervención que se ha adaptado a los requisitos específicos de la población diana, del entorno, etc. para mantener o aumentar su efectividad.</p> <p>Estándar 4.3: Adaptación de la intervención a la población diana.</p>
<p>Intervención de prevención de drogodependencias <i>(Drug prevention Intervention)</i></p>	<p>Ver <i>Prevención de drogodependencias; Intervención.</i></p>
<p>Intervención efectiva <i>(Effective intervention)</i></p>	<p>Una <i>intervención</i> que produce los <i>resultados</i> deseados sin causar daño. La Sociedad de Estados Unidos para la Investigación Preventiva ha definido las características de una intervención efectiva en los "Estándares de Evidencia" (Flay et al., 2005).</p> <p>Estándar 7.1: Si se realiza una evaluación de resultados.</p>
<p>Intervención piloto <i>(Pilot intervention)</i></p>	<p>Un ensayo a pequeña escala de la <i>intervención</i> antes de su <i>implementación</i> completa (por ejemplo, con menos <i>participantes</i>). Tiene como objetivo probar la viabilidad de la intervención planificada (por ejemplo, ¿son correctas los <i>recursos</i> estimados?), su efectividad (¿los <i>resultados</i> se producen según lo esperado?), y la idoneidad del contenido, de los <i>materiales</i> de intervención, de los <i>instrumentos de evaluación</i>, etc. Los conocimientos adquiridos al realizar la intervención piloto se utilizan para mejorar la implementación real. La intervención piloto también se conoce como un tipo de <i>evaluación</i> formativa.</p> <p>Estándar 6.1: Si se desarrolla una intervención piloto.</p>
<p>Instrumento de evaluación <i>(Evaluation instrument)</i></p>	<p>Un dispositivo utilizado para recoger información para la <i>monitorización</i> y las <i>evaluaciones</i> finales, por ejemplo, cuestionarios de autoinforme, entrevistas o protocolos de observación. Los instrumentos validados son aquellos que cumplen los criterios de <i>objetividad</i>, <i>confiabilidad</i> y <i>validez</i>. El Banco de Instrumentos de Evaluación (EIB) del OEDT (EMCDAA) es un archivo online de instrumentos de evaluación disponibles gratuitamente.</p> <p>Estándar 4.4: Si se planifican evaluaciones finales.</p>
<p>Instrumento de recogida de datos <i>(Data collection Instrument)</i></p>	<p>Dispositivo utilizado para la recogida de información, por ejemplo, en la <i>población diana</i>. Ejemplos son los cuestionarios de autoinforme, los protocolos de entrevista o de observación. Los instrumentos validados son aquellos que cumplen los criterios de <i>objetividad</i>, <i>confiabilidad</i> y <i>validez</i>. Los <i>instrumentos de evaluación</i> son instrumentos de recogida de datos que se utilizan para fines de <i>evaluación</i>.</p>

J	
<p>Jóvenes (<i>Young people</i>)</p>	<p>En los Estándares, cualquier persona menor de 18 años, incluidos los niños. Se pueden aplicar diferentes rangos de edad donde lo sugieran las leyes, políticas y costumbres locales, regionales, nacionales o internacionales; o donde sea más apropiado para la <i>población diana</i>, el <i>entorno</i>, la <i>intervención</i>, etc.</p>
M	
<p>Materiales (<i>Materials</i>)</p>	<p>En los Estándares, todos los recursos materiales requeridos para la <i>implementación</i> del programa, tales como materiales para la <i>intervención</i>, instrumentos para la <i>monitorización</i> y <i>evaluación</i>, equipo técnico (por ejemplo, ordenadores, reproductores de DVD, proyectores), entorno físico (por ejemplo, instalaciones interiores y exteriores), etc. Más específicamente, los "materiales para la intervención" son los materiales específicos de la intervención, como libros de trabajo, DVD, manuales de capacitación del <i>personal</i>, presentaciones, páginas web, etc. Los materiales pueden estar relacionados con las necesidades de los <i>participantes</i> (por ejemplo, mostrando el contenido de la intervención) y/o con las necesidades de los miembros del personal (por ejemplo, proporcionar instrucciones sobre la implementación).</p> <p>Estándar 5.5: Preparación de los materiales del programa.</p>
<p>Materiales para la intervención (<i>Intervention materials</i>)</p>	<p>Ver <i>Materiales</i>.</p>
<p>(Variable) Mediadora (<i>Mediator</i>)</p>	<p>Una variable intermedia que explica cómo una <i>intervención</i> produce un cierto <i>resultado</i>. Las intervenciones de <i>prevención del uso de drogas</i> generalmente no pueden dirigirse directamente al <i>uso de drogas de los participantes</i>; en su lugar, se dirigen a las variables mediadoras que tienen una influencia en el uso de drogas. Las variables mediadoras pueden estar directamente relacionados con el uso de drogas, como por ejemplo, los conocimientos sobre drogas, las creencias sobre las consecuencias del uso de drogas, las actitudes hacia las drogas, la intención de usar drogas, etc.; o pueden estar indirectamente relacionadas con el uso de drogas, como pueden ser las habilidades para la vida, en general los <i>factores de riesgo</i> y <i>factores de protección</i>, etc.</p>
<p>Meta (<i>Goal</i>)</p>	<p>En los estándares, la meta es una declaración clara sobre el <i>resultado</i> que se obtendrá para los <i>participantes</i> al finalizar la <i>intervención</i>. Una definición clara de la meta es necesaria para una <i>evaluación de resultados</i>. Las metas se desarrollan a partir del fin general al traducirlo en objetivos más específicos y alcanzables. Por ejemplo, diferentes metas pueden reflejar diferentes aspectos del fin general. Cada meta se traduce en <i>objetivos</i> específicos. Las metas también se conocen como objetivos generales u objetivos globales.</p> <p><i>Figura 4: (página 113), muestra un ejemplo de como un fin general se convierte en metas generales y objetivos específicos, mientras que la</i></p>

	<p><i>Figura 5 (página 140), muestra la relación entre los objetivos específicos y operativos, los indicadores de evaluación y puntos de referencia.</i></p> <p>Estándar 3.3: Definición de fines, metas y objetivos.</p>
<p>Movilización de recursos <i>(Mobilisation of resources)</i></p>	<p>El proceso de activación de aquellos <i>recursos</i> que ya están disponibles (como por ejemplo, la formación del <i>personal</i>), así como el acceso a nuevos recursos (por ejemplo, el <i>reclutamiento de participantes</i> o la recaudación de fondos).</p> <p>Estándar 5.5. Gestión y movilización de recursos.</p>
<p>Modelo lógico <i>(Logic model)</i></p>	<p>Un diagrama de flujo o representación gráfica de los componentes de un <i>modelo teórico</i> ('modelo lógico teórico') y/o de un <i>programa</i> ('modelo lógico del programa') (CSAP, 2002). El modelo lógico teórico ilustra el cambio esperado de forma teórica, es decir, identifica a las variables <i>mediadoras</i> relevantes y muestra cómo estas logran <i>resultados</i> dentro de un contexto dado (por ejemplo, en la <i>población diana</i>). El modelo lógico del programa ilustra el flujo lógico de las actividades del programa de principio a fin, es decir, identifica en el proyecto las <i>actividades</i> esenciales de intervención y demuestra la coherencia interna del programa. En la práctica, es común usar solo un modelo lógico que vincule las consideraciones teóricas y las actividades prácticas (por ejemplo, mostrando de qué manera las actividades influyen en las variables mediadoras).</p>
<p>Modelo teórico <i>(Theoretical model)</i></p>	<p>Un conjunto de supuestos interrelacionados (hipótesis) que explican cómo y por qué es probable que la intervención de prevención de drogodependencias produzca resultados en la población diana. También puede explicar las razones que están detrás del uso de drogas. El modelo teórico ayuda a decidir fines, metas, objetivos, mediadores, actividades de intervención, etc. apropiados.</p> <p>Los modelos teóricos generalmente se basan en investigaciones y teorías existentes relacionadas con el uso de drogas, la promoción de la salud o el comportamiento humano y el desarrollo en general. Ejemplos de tales teorías incluyen la teoría de la disonancia cognitiva, la teoría del aprendizaje social, los modelos normativos. El modelo teórico también se conoce como teoría, marco teórico, teoría del cambio.</p> <p>Estándar 3.2: Utilización de un modelo teórico que sustente la intervención.</p>
<p>(Variable) Moderadora <i>(Moderator)</i></p>	<p>Una variable que afecta la relación entre la <i>intervención</i>, las variables <i>mediadoras</i> y el <i>resultado</i> deseado, es decir, que influye en la <i>efectividad</i> de la intervención. El análisis de las variables moderadoras se centra con frecuencia en las circunstancias de la implementación, por ejemplo, si la intervención se llevó a cabo según lo planificado (ver <i>Fidelidad</i>), quién realizó la intervención (el/la profesor/a, el/la investigador/a), el número de sesiones, la inclusión de sesiones de refuerzo, etc.</p> <p>La elección de las variables moderadoras también puede determinarse mediante el <i>modelo teórico</i>, por ejemplo, con las normas sociales predominantes, las diferencias en la estructura familiar, las nuevas políticas.</p>

<p>Monitorización (<i>Monitoring</i>)</p>	<p>En los Estándares, la recogida y análisis continuo de los datos de proceso y de <i>resultado</i> durante la <i>implementación</i> de la <i>intervención</i>. Puede servir para varios propósitos, tales como: garantizar que la intervención se desarrolle según el plan (por ejemplo, <i>fidelidad</i>, <i>efectividad</i>); identificar los requisitos que deben ser modificados o añadidos (por ejemplo, necesidades de los participantes, <i>recursos</i>); mejorar la intervención mientras se está implementando; documentar la implementación (para el informe final o las <i>evaluaciones</i> finales). La monitorización también se conoce como revisión regular, control de calidad, reflexión, revisión, un tipo de evaluación didáctica, etc.</p> <p>En los Estándares, la monitorización se distingue de la <i>evaluación del proceso</i> que analiza los datos del proceso después de la implementación.</p> <p>Estándar 6.3: Monitorización de la implementación.</p>
<p>Muestra (<i>Sample</i>)</p>	<p>Un subconjunto de una población. Los <i>participantes</i> son una muestra de la <i>población diana</i>. La muestra participante debe ser representativa de la población diana (es decir, reflejar sus características), de modo que los resultados puedan <i>generalizarse</i> a la población diana más amplia. En una investigación de evaluación, esto se logra realizando una muestra aleatoria para que cada individuo o grupo natural (por ejemplo, clase escolar) tenga la misma probabilidad de ser seleccionado en la muestra. La selección aleatoria se puede llevar a cabo, por ejemplo, utilizando una tabla de números aleatorios (generada por ordenador). Además, la muestra participante debe ser lo suficientemente grande como para permitir un rango de análisis estadístico.</p>
<p>N</p>	
<p>Niño (<i>Child</i>)</p>	<p>Ver <i>Jóvenes</i>.</p>
<p>O</p>	
<p>Objetividad (<i>Objectivity</i>)</p>	<p>Un indicador de la calidad de un <i>instrumento</i> de recogida de datos. Un instrumento es objetivo si produce resultados independientemente de quién usa el instrumento para tomar medidas. Otros indicadores de la calidad del instrumento son la <i>fiabilidad</i> y la <i>validez</i>.</p>
<p>Objetivo (<i>Objective</i>)</p>	<p>1. Objetivo específico: En los Estándares, una exposición clara sobre un cambio inmediato o intermedio que es necesario que es necesario que se produzca para alcanzar una <i>meta</i> al final de la <i>intervención</i>. No tiene, necesariamente, que estar relacionado directamente con el <i>uso de drogas</i>.</p> <p><i>La Figura 4 (página 113) muestra un ejemplo de cómo los fines generales se convierten en metas generales y objetivos específicos.</i></p> <p>Estándar 3.3: Definición de fines, metas y objetivos.</p>

	<p>2. Objetivo operativo: una exposición clara sobre el <i>resultado</i> requerido para lograr los objetivos específicos (por ejemplo, número y tipo de contacto de los participantes) (EMCDDA, 2011).</p> <p><i>La Figura 5 (página 140) expone la relación entre los objetivos específicos y operativos, indicadores de evaluación y puntos de referencia.</i></p>
<p>Organización (Organisation)</p>	<p>1. En el contexto de la <i>prevención de las drogodependencias</i>, una organización que participa activamente en el campo de la prevención o contribuye al mismo, por ejemplo el <i>organizador o proveedor</i>, la autoridad local, un instituto de investigación. Las organizaciones también se llaman 'agencias' o 'instituciones' en los Estándares.</p> <p>2. En los Estándares, una organización que usa los Estándares para reflexionar sobre su trabajo, planificar su <i>programa</i>, etc. Esta organización es probable que participe activamente o contribuya en el campo de la <i>prevención de las drogodependencias</i>. Los ejemplos incluyen organizaciones benéficas de prevención de drogodependencias, servicios juveniles, escuelas, entidades locales, el gobierno, etc.</p> <p><i>Para obtener información específica sobre cómo usar los Estándares, consulte la Introducción.</i></p>
<p>Organización receptora (Recipient organisation)</p>	<p>En los Estándares, una organización externa (por ejemplo, una escuela, un centro comunitario, una discoteca) dentro de la cual se lleva a cabo la intervención, cuando esta no se realiza dentro de las instalaciones de la propia entidad organizadora (o <i>proveedora</i>). Las razones por las cuales una intervención se puede realizar externamente varían, por ejemplo, cuando la organización receptora es la que encargó la intervención, porque proporciona acceso a la <i>población diana</i> a petición del proveedor, etc. La organización receptora también se conoce como la institución anfitriona.</p>
<p>P</p>	
<p>Participante / Beneficiario directo / Destinatario (Participant)</p>	<p>Una persona que participa o recibe la <i>intervención</i> de manera directa. Los participantes provienen de la <i>población diana</i> intermedia o final. La población diana final se refiere a las personas sobre las cuales la intervención quiere producir resultados positivos (por ejemplo, jóvenes en riesgo de <i>uso de drogas</i>), mientras que la población diana intermedia describe a las personas que influyen en esa población diana (por ejemplo, la familia, los compañeros, el profesorado). Normalmente, los participantes representan solo una muestra de todas las personas susceptibles de ser seleccionadas (por ejemplo, una cantidad de niños de entre todos los niños vulnerables de la <i>comunidad</i>). En la investigación de <i>evaluación</i>, algunos participantes no reciben la intervención porque han sido asignados a un <i>grupo de control</i>. Los participantes también son conocidos como beneficiarios directos.</p>
<p>Pautas / directrices (Guideline)</p>	<p>1. Un conjunto de declaraciones específicas que informan del diseño de <i>intervención</i> elegido. Las pautas generalmente se basan típicamente en revisiones sistemáticas de la literatura. A menudo, contienen instrucciones detalladas paso a paso (guía de recomendaciones) con respecto a la mejor opción para una determinada condición (por</p>

	<p>ejemplo, cómo responder a las necesidades específicas de la <i>población diana</i>). Las pautas también se conocen como directrices, guía de práctica, recomendaciones de práctica, etc. En los Estándares se distingue entre pautas o directrices y <i>estándares de calidad</i>.</p> <p>2. Instrucciones generales o reglas que rigen la acción (profesional) (por ejemplo, pautas metodológicas, directrices para los responsables políticos).</p>
<p>Personal (Staff)</p>	<p>En los Estándares, se incluye a todas las personas que trabajan para la <i>organización</i> que dirige el <i>programa</i>, tanto quienes están a tiempo completo como parcial, a los que están remunerados o no (voluntarios, profesionales en prácticas) y aquellos con contratos permanentes o renovables a corto plazo, independientemente de su cualificación, experiencia o responsabilidad (también gerentes o personal administrativo). En los Estándares, el término también se usa para referirse específicamente al <i>profesional</i> que aplica el programa que está en contacto directo con la <i>población diana</i>. Los miembros del personal también se conocen como recursos humanos, empleados, trabajadores, etc.</p> <p>Estándar C: Capacitación del personal; 5.3: Constitución del equipo.</p>
<p>Plan de acción (Action plan)</p>	<p>Ver <i>Planificación del proyecto</i>.</p>
<p>Planificación / Plan del proyecto (Project plan)</p>	<p>Una herramienta interna para guiar la <i>implementación</i>, que muestra de manera sistematizada las principales tareas y <i>estrategias</i> requeridas para llevar a cabo el <i>programa</i>. Se inicia con la definición de los elementos principales del programa (por ejemplo, <i>población diana</i>, tipo de <i>intervención</i>). La planificación del proyecto es esencial para implementar el programa, pero también para documentar y revisar la implementación. La planificación del proyecto también se conoce como plan de trabajo, plan de acción o plan de implementación. Difiere de la <i>descripción del programa</i> que sirve para dar información a los grupos externos sobre el programa.</p> <p>Estándar 5.1: Planificación del programa - Ilustración de la planificación del proyecto.</p>
<p>Población diana / población objetivo / población destinataria / grupo objetivo (Target population)</p>	<p>Las personas a las cuales se dirige la <i>intervención de prevención de drogodependencias</i>, por ejemplo, aquellos que son candidatos para participar o recibir la intervención, aquellos para quienes la intervención se considera efectiva. La población diana puede consistir en individuos, grupos, hogares, organizaciones, <i>comunidades</i>, <i>entornos</i> y/u otras unidades, siempre que sean identificables y estén claramente definidas. Los participantes generalmente provienen de la población diana. Sin embargo, en algunas intervenciones, los participantes no provienen de la población diana, sino de un grupo de personas que tienen influencia en los miembros de la población destinataria. En estos casos, la población diana intermedia que es elegida para participar en la intervención (por ejemplo, compañeros, familia, profesores) es distinta de la población diana final a la que se llegará indirectamente (siguiendo con el mismo</p>

	<p>ejemplo, adolescentes en riesgo de <i>uso de drogas</i>) (EMCDDA, 1998). La población diana también se conoce como el grupo objetivo.</p> <p>Estándar 3.1: Definición de la población diana.</p>
<p>Post-test (Post-test)</p>	<p>La recogida de datos de los participantes para realizar la evaluación de resultados, al final de la intervención. El progreso de la intervención se mide comparando los datos posteriores a la prueba con los datos del pre-test. Si los datos solo se recogen del grupo de intervención después de la intervención (diseño no experimental), no es posible emitir ninguna afirmación sobre la efectividad de la intervención.</p> <p><i>La Figura 6 (página 141) muestra la relación entre objetivos, resultados y medidas.</i></p>
<p>Preparación (Readiness)</p>	<p>Conocimiento que se tiene sobre las necesidades relacionadas con las <i>drogas de los grupos de interés</i> (por ejemplo, de la <i>población diana</i>, de la <i>comunidad</i>) y su interés, disposición y capacidad para apoyar las <i>actividades de prevención de drogodependencias</i>. La falta de población diana o de preparación de la comunidad puede ser una barrera para llevar a cabo el trabajo de prevención. La investigación ha identificado distintas etapas de preparación de la comunidad (como la de Plested et al., 1999).</p> <p>Estándar 2.1: Evaluación de los recursos de la población diana y de la comunidad.</p>
<p>Preparación de la comunidad (Community readiness)</p>	<p>Ver <i>Preparación</i>.</p>
<p>Presupuesto (Budget)</p>	<p>La cantidad de dinero que está disponible, p. ej., para el <i>programa</i>. El presupuesto también representa el gasto máximo permitido, es decir, los costes del programa no deben ser mayores que el presupuesto. Al presupuestar se describe el proceso de administrar el presupuesto, p. ej., asignando en el presupuesto lo que cuesta cada artículo. Las estimaciones sobre el presupuesto y los costes están documentados en la planificación económica.</p> <p>Estándar 5.2: Planificación de las necesidades de financiación.</p>
<p>Pre-test (Pre-test)</p>	<p>La recogida de datos de los participantes, antes o al comienzo de la <i>intervención</i>, es la <i>línea de base</i> que se emplea como fundamentación de la <i>evaluación de resultados</i>. El progreso de la intervención se mide comparando los datos del post-test con los datos del pre-test. Sin embargo, no es posible demostrar que los cambios fueron causados por la intervención sin utilizar un <i>grupo de control</i> (ver <i>Diseño cuasi-experimental, Ensayo controlado aleatorio</i>).</p> <p><i>La Figura 6 (página 141) muestra la relación entre objetivos, resultados y medidas.</i></p>

<p>Prevención <i>(Prevention)</i></p>	<p>Ver <i>Prevención de drogodependencias</i>.</p>
<p>Prevención ambiental/estructural <i>(Environmental Prevention)</i></p>	<p>Actividades de prevención de drogodependencias que se centran en cambiar el entorno en el que viven las personas. La prevención ambiental/estructural abarca una gama de actividades, dependiendo de cómo se entienda el término 'ambiental/estructural'. Las actividades pueden abordar normas sociales (p. ej., actitudes hacia el consumo de drogas en la comunidad), regulaciones (p. ej., políticas escritas, prohibiciones de fumar tabaco en público), disponibilidad de drogas (p. ej., vigilancia policial, compra de test), el entorno construido (p. ej., una buena iluminación de las calles, que exista videovigilancia), etc. Por consiguiente, la prevención ambiental/estructural puede servir para reducir la demanda de drogas (ver Reducción de la demanda de drogas), la oferta y/o los daños relacionados con las drogas.</p>
<p>Prevención de drogodependencias <i>(Drug prevention)</i></p>	<p>Cualquier actividad que esté (al menos parcialmente) dirigida a prevenir o reducir el <i>uso de drogas</i> y/o sus consecuencias negativas en la población general o subpoblaciones, incluida la prevención o el retraso de la edad de inicio del consumo de drogas, la promoción del cese de uso, la reducción de la frecuencia y/o cantidad de consumo para evitar la progresión a patrones de consumo peligrosos o perjudiciales, y/o para prevenir o reducir las consecuencias negativas del uso. Las actividades de prevención pueden llevarse a cabo con diferentes <i>poblaciones diana</i> (por ejemplo alumnos, delincuentes juveniles), en diferentes <i>entornos</i> (por ejemplo en la <i>comunidad</i>, la escuela, la familia), utilizando diferentes métodos y contenidos (por ejemplo facilitando información, entrenamiento en habilidades para la vida), incluyendo desde actividades puntuales, hasta actividades a largo plazo. Algunas actividades abordan el consumo de drogas directamente, mientras que otras actividades promueven la salud en general y estimulan a las personas a tomar decisiones saludables, lo que indirectamente evita o reduce el consumo de drogas. Dependiendo de cómo se defina la población diana, se pueden distinguir los siguientes tipos: <i>prevención universal, selectiva, indicada, escalonada</i>. La <i>prevención ambiental/estructural</i> es otro tipo de actividad de prevención. Anteriormente, la tipología utilizada diferenciaba la prevención en primaria, secundaria y terciaria; sin embargo, la categorización por población diana ha reemplazado esta tipología. La prevención de las drogodependencias también se conoce como, por ejemplo, la prevención del abuso de sustancias.</p> <p><i>Para ser clasificadas como actividades de prevención de drogodependencias en el contexto de los Estándares, las actividades deben hacer referencia explícita a la prevención de las drogodependencias en la documentación de sus proyectos.</i></p>

<p>Prevención de drogodependencias basada en la evidencia <i>(Evidence-based drug prevention)</i></p>	<p>El trabajo de <i>prevención de drogodependencias</i> está basado en un análisis sistemático de la mejor evidencia disponible, hace uso de ésta y asegura la correspondencia con la evidencia. El término "basado en la evidencia" a menudo se usa indistintamente con términos como "basado en la investigación" y "basado en la ciencia" (Kellam y Langevin, 2003, p.140), pero difiere de "efectivo" (ver <i>Efectividad</i>) y "eficaz" (ver <i>Eficacia</i>).</p>
<p>Prevención de drogodependencias de calidad <i>(High quality drug Prevention)</i></p>	<p>En los Estándares, es aquel trabajo de <i>prevención de drogodependencias</i> que está: alineado con las necesidades de los <i>participantes</i>, hace referencia a las políticas y, por lo tanto, es probable que sea relevante; está sustentado en los <i>principios éticos de la prevención de drogodependencias</i> y, por lo tanto, probablemente sea ético; basado en teorías y <i>evidencias</i> científicas, y por lo tanto es probable que sea eficaz; e internamente coherente y, por lo tanto, es probable que sea factible.</p> <p><i>Las actividades de prevención de drogodependencias que se adhieren a los Estándares cumplirán con estos criterios y, en consecuencia, serán consideradas de calidad alta.</i></p>
<p>Prevención dirigida <i>(Targeted prevention)</i></p>	<p>En el contexto de la <i>prevención de drogodependencias</i>, <i>actividades</i> dirigidas a individuos o grupos con un mayor riesgo de consumo de drogas (ver <i>Factor de riesgo</i>). Hay dos tipos de prevención dirigida: <i>prevención indicada</i> (mayor riesgo debido a una característica individual) y <i>prevención selectiva</i> (mayor riesgo debido a la pertenencia a un determinado grupo).</p>
<p>Prevención indicada <i>(Indicated prevention)</i></p>	<p>En el contexto de la <i>prevención de las drogodependencias</i>, las <i>actividades</i> están dirigidas a personas con un mayor riesgo individual de <i>uso de drogas</i> (nocivo), (adaptado de Springer y Phillips, 2007). Esto incluye a aquellos que ya consumen drogas (pero no son dependientes según DSM-IV o CIE-10) y/o que tienen un mayor riesgo individual de consumir drogas en el futuro (por ejemplo, debido a experiencias infantiles, problemas de salud mental o trastornos de conducta) (ver <i>Factor de riesgo</i>). La prevención indicada puede tener como objetivo prevenir el inicio del consumo de drogas, pero con más frecuencia pretende reducir el consumo de drogas existente y prevenir la progresión a un uso perjudicial. En la práctica, puede haber una superposición entre la prevención indicada y la <i>prevención selectiva</i> o el tratamiento (EMCDDA, 2009, p.10).</p>
<p>Prevención escalonada <i>(Tiered prevention)</i></p>	<p>Un enfoque de prevención que progresa gradualmente de intervenciones generales a <i>intervenciones</i> más especializadas. Por ejemplo, un <i>programa de prevención de las drogodependencias</i> escalonado puede comenzar con una intervención de <i>prevención universal</i> (por ejemplo, educación sobre drogas en el aula). Durante esta intervención, las personas con un riesgo de <i>consumo de drogas</i> (perjudicial) superior a la media pueden ser identificadas y derivadas para participar en una intervención de <i>prevención indicada</i> (por ejemplo, una <i>actividad</i> extracurricular especializada).</p>

<p>Prevención selectiva (<i>Selective prevention</i>)</p>	<p>En el contexto de la <i>prevención de las drogodependencias</i>, actividades dirigidas a personas con un riesgo de consumo de <i>drogas</i> superior a la media en virtud de su pertenencia a un grupo de población particular (adaptado de Springer y Phillips, 2007), por ejemplo, los alumnos que presentan abandono escolar, los delincuentes juveniles, los hijos de toxicómanos, personas que frecuentan discotecas (ver <i>Factor de riesgo</i>). Estos grupos también se conocen como poblaciones vulnerables.</p>
<p>Prevención universal (<i>Universal prevention</i>)</p>	<p>En el contexto de la <i>prevención de drogodependencias</i>, actividades dirigidas a grupos con un riesgo general promedio de <i>uso de drogas</i> (adaptado de Springer y Phillips, 2007). A menudo, estas <i>intervenciones</i> se dirigirán a toda la población dentro de un <i>contexto</i> (por ejemplo, escuela, <i>comunidad</i>, sociedad). La prevención universal generalmente se dirige a prevenir o retrasar la aparición del uso de drogas. Las personas o grupos con un riesgo de consumo de drogas superior a la media no se identifican (ver <i>Factor de riesgo</i>; <i>Prevención dirigida</i>).</p>
<p>Procesar datos (<i>Process data</i>)</p>	<p>Ver <i>Evaluación del proceso</i>.</p>
<p>Producto (<i>Output</i>)</p>	<p>Los productos de las <i>actividades del programa</i>, tales como lo que se realiza con los participantes (por ejemplo, las sesiones realizadas), las estructuras creadas (por ejemplo, la <i>preparación de la comunidad</i>), las oportunidades brindadas (por ejemplo, el número de <i>participantes</i>), los <i>materiales</i> publicados (por ejemplo, el informe final), etc. (EMCDDA, 2011). Los productos se distinguen de los <i>resultados</i>, que se refieren a los cambios en los participantes.</p>
<p>Profesional (<i>Practitioner</i>)</p>	<p>Un miembro del <i>personal</i> que pasa una gran cantidad de tiempo trabajando en contacto directo con miembros de la <i>población diana</i>, por ejemplo, realizando la intervención. Los profesionales también son conocidos como trabajadores de campo o trabajadores de primera línea.</p>
<p>Programa (<i>Programme</i>)</p>	<p>En los Estándares, una <i>intervención</i> o la suma de varias intervenciones, así como la investigación que las acompaña (p. ej., <i>evaluación de necesidades</i>, <i>monitorización</i>, <i>evaluaciones</i> finales) y la estructura administrativa circundante (p. ej., gestión de <i>proyectos</i>, recaudación de fondos, capacitación del <i>personal</i>, <i>selección de participantes</i>, <i>difusión</i> del programa, estructuras y prioridades locales). Por lo tanto, el término "programa" se utiliza como un término global que recoge todos los aspectos de la intervención y del proyecto de prevención. Una <i>estrategia</i> gubernamental para la <i>prevención de las drogodependencias</i> puede verse como un tipo de programa. El trabajo de los <i>servicios</i> también se incluye en esta definición.</p>
<p>Programa de prevención de drogodependencias (<i>Drug prevention programme</i>)</p>	<p>Ver <i>Prevención de las drogodependencias</i>; <i>Programa</i>.</p>

<p>Proveedor /Promotor/Organizador (Provider)</p>	<p>En el contexto de la <i>prevención de drogodependencias</i>, una organización que participa o contribuye con programas de prevención de drogodependencias, por ejemplo, organización benéfica de prevención de drogodependencias, servicios para jóvenes, una escuela, etc.</p>
<p>Proyecto (Project)</p>	<p>Una tarea con un propósito definido para desarrollar en un tiempo limitado. En los Estándares, el término se usa más específicamente para referirse al trabajo administrativo y asuntos comerciales dentro de un <i>programa de prevención de drogodependencias</i> (por ejemplo, la gestión de <i>recursos</i>). Se distingue de una <i>estrategia</i>, que es un plan amplio que especifica las prioridades y actividades principales en la prevención de drogodependencias.</p>
<p>Público objetivo (Target audience)</p>	<p>En los Estándares, las personas que reciben información sobre las <i>actividades</i> y los <i>resultados</i> del <i>programa</i>, por ejemplo, a través de actualizaciones periódicas durante la <i>implementación</i>, el informe final, los talleres, etc. Los <i>grupos de interés</i>, como la población diana, los financiadores, la <i>comunidad</i> profesional, etc., representan frecuentemente al público destinatario. Estándar 8.2: Difusión de la información sobre el programa.</p>
<p>Punto de referencia / Cota de referencia (Benchmark)</p>	<p>Ver <i>Punto de referencia de la evaluación</i>.</p>
<p>Punto/cota de referencia de evaluación (Evaluation benchmark)</p>	<p>Un criterio para medir el logro de las <i>metas</i> y los <i>objetivos</i> (específicos y operativos). Cada punto o cota de referencia está vinculada a un <i>indicador de evaluación</i> y define los logros en ese indicador en términos numéricos o, cuando eso no sea posible, en términos descriptivos. Los puntos de referencia de una evaluación también se conocen como objetivos, indicadores de rendimiento o indicadores de éxito. <i>Figura 5 (página 140, de Estándares europeos de calidad para la Prevención de las drogodependencias. Manual para profesionales de la prevención) ilustra la relación entre objetivos específicos y operativos, indicadores de evaluación y puntos de referencia.</i> Estándar 4.4: Si se planifican evaluaciones finales.</p>
<h2>R</h2>	
<p>Recurso (Resource)</p>	<p>Dinero, tiempo, personas (por ejemplo, miembros del personal, población diana), competencias (por ejemplo, habilidades, conocimiento, experiencia), información, redes, materiales (por ejemplo, equipos), etc., que están disponibles o son necesarios para implementar un programa. Estándar 2: Evaluación de recursos; 5: Gestión y movilización de recursos.</p>
<p>Recursos humanos (Human resources)</p>	<p>Ver <i>Personal</i>.</p>

<p>Reducción de la demanda de drogas <i>(Drug demand reduction)</i></p>	<p>Se trata de un término generalmente utilizado en las convenciones internacionales sobre control de <i>drogas</i> para describir las <i>actividades</i> que tienen como objetivo reducir la demanda de los consumidores de drogas (ilegales). La reducción de la demanda de drogas incluye la <i>prevención</i> de drogodependencias, su tratamiento y rehabilitación. Se diferencia de la reducción de la oferta, en que aquella tiene como objetivo limitar la producción y distribución de drogas (ilegales) a través de la aplicación de las leyes. En la práctica, la reducción de la demanda y la reducción de la oferta de drogas se complementan entre sí formando políticas integrales sobre drogas.</p>
<p>Reducción de la oferta <i>(Supply reduction)</i></p>	<p>Ver <i>Reducción de la demanda de drogas</i>.</p>
<p>Replicación / repetición <i>(Replication)</i></p>	<p>La <i>implementación</i> de una <i>intervención</i> que ya se implementó al menos una vez en el pasado. La replicación de las intervenciones existentes puede ser más <i>eficiente</i> que diseñar una nueva intervención, ya que utiliza materiales existentes, etc. También es importante desde el punto de vista científico, ya que comprueba si los <i>resultados</i> encontrados anteriormente se pueden repetir ('replicar'). Si la repetición se lleva a cabo bajo nuevas circunstancias, también comprueba si las declaraciones sobre la <i>efectividad</i> de la intervención pueden <i>generalizarse</i> (por ejemplo, a una <i>población diana</i> o a un <i>entorno</i> diferente).</p> <p>Estándar 4.2: Si se selecciona una intervención ya existente.</p>
<p>Resultado <i>(Outcome)</i></p>	<p>El cambio que ocurre en los participantes como resultado de su exposición o participación en la <i>intervención</i>. En los Estándares, los resultados se pueden distinguir en función de cuándo se esperan y se miden. Los resultados inmediatos e intermedios ocurren durante la intervención, que corresponden a los <i>objetivos</i>. Los resultados posteriores a la intervención ocurren al finalizar la intervención, que corresponden a las <i>metas</i>. También es común considerar los resultados finales a más largo plazo que corresponden a los <i>finés</i> generales del <i>programa</i>.</p> <p>En la investigación de <i>evaluación de resultados</i>, se realizan mediciones de seguimiento para evaluar cuánto tiempo se mantienen (<i>sostenibilidad</i>) estos resultados. Los Estándares sugieren los siguientes intervalos para las medidas de seguimiento: hasta 6 meses después de la intervención (a corto plazo), > 6 a 12 meses después de la intervención (a medio plazo) y > 12 meses después de la intervención (a largo plazo).</p> <p>Los resultados se distinguen de los <i>productos</i> de un programa.</p> <p><i>La Figura 6 (página 141) expone la relación entre blancos, productos y medidas.</i></p>
<p>Resultado a corto plazo <i>(Short-term outcome)</i></p>	<p>Ver <i>Resultado</i>.</p>

<p>Resultado a largo plazo (<i>Long-term outcome</i>)</p>	<p>Ver <i>Resultado</i>.</p>
<p>Resultado a medio plazo (<i>Medium-term Outcome</i>)</p>	<p>Ver <i>Resultado</i>.</p>
<p>Retención (<i>Retention</i>)</p>	<p>El proceso para garantizar que los <i>participantes</i> permanezcan en la <i>intervención</i> hasta que haya finalizado o hasta que se hayan logrado los <i>objetivos</i> (lo que sea más apropiado).</p> <p>Estándar 5.4: <i>Captación y retención de los participantes.</i></p>
<p>S</p>	
<p>Sensibilidad cultural (<i>Cultural sensitivity</i>)</p>	<p>La voluntad y la capacidad (por ejemplo, de los miembros del personal) para comprender la importancia de la cultura, para apreciar la diversidad cultural, para responder de manera efectiva a las necesidades definidas culturalmente, y para incorporar consideraciones culturales en todos los aspectos del trabajo de prevención de las drogodependencias. La sensibilidad cultural puede expresarse, por ejemplo, al proporcionar traducciones de letreros y materiales, asegurando que el contenido de la intervención sea culturalmente relevante, o considerando los aspectos culturales de la composición y el comportamiento del personal. La sensibilidad cultural también se conoce como competencia cultural.</p> <p>Estándar C: <i>Capacitación del personal</i>; D: <i>Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias</i>; 4.3: <i>Adaptación de la intervención a la población diana.</i></p>
<p>Sesgo (<i>Bias</i>)</p>	<p>Distorsión de los resultados. El sesgo puede ser intencional o no y producirse en cualquiera de las <i>etapas del proyecto</i>. Hay muchos tipos diferentes de sesgo. Por ejemplo, una revisión de la literatura puede estar sesgada si solo se incluyen ciertos tipos de publicaciones (p. ej., solo publicaciones en revistas), y un informe puede estar sesgado si ciertos hallazgos no se comunican (p. ej., se excluyen los hallazgos negativos).</p> <p>El sesgo también puede ocurrir durante la captación de participantes, la recogida de datos y el análisis de éstos. Una <i>muestra</i> de participante es parcial si no representa a la población destinataria deseada. Por ejemplo, los miembros altamente motivados de la población diana pueden ser más propensos a participar y completar la intervención (sesgo de selección, sesgo de deserción). Como consecuencia, la <i>efectividad</i> de la intervención para la población diana total podría estar sobreestimada.</p>
<p>Servicio (<i>Service</i>)</p>	<p>Una organización que normalmente ha sido encargada por el gobierno (por ejemplo, las entidades locales) para satisfacer las necesidades detectadas de la población. Por ejemplo, los servicios sociales ayudan a las personas vulnerables con la vida cotidiana, como los niños que necesitan apoyo, las personas con discapacidades físicas o mentales, etc.</p>

	<p>El término puede referirse tanto a la propia organización como al trabajo realizado por esta organización. En Europa, los servicios no suelen implementar <i>programas de prevención de drogodependencias</i> estructurados y con un manual. En cambio, generalmente están dirigidos por los <i>participantes</i> para cubrir sus necesidades y, por lo tanto, son menos estructurados (por ejemplo, trabajo de educación para la salud, centro de encuentro y acogida, intervención breve). Los servicios también suelen ofrecer apoyo genérico, además de actividades específicas de prevención de drogodependencias, y la prevención podría no ser el enfoque principal del servicio. En los Estándares, los términos 'programa' e 'intervención' incluyen el trabajo de los servicios.</p>
<p>Sexo (<i>Sex</i>)</p>	<p>En los Estándares, las características biológicas de hombres y mujeres. El 'sexo' se distingue del <i>género</i> que se refiere al conjunto de roles, comportamientos, etc., socialmente construidos que se consideran apropiados para hombres y mujeres. Sin embargo, algunos profesionales usan los términos indistintamente, reconociendo su interdependencia (por ejemplo, la capacidad física puede influir en la posibilidad de realizar ciertas actividades, que se acepte hacer ciertas actividades puede influir en el desarrollo de ciertas características fisiológicas).</p>
<p>Significativo (<i>Significance</i>)</p>	<p>Ver <i>Estadísticamente significativo</i>.</p>
<p>Sostenibilidad (<i>Sustainability</i>)</p>	<p>1. La probabilidad de que un <i>programa de prevención de drogodependencias</i> continúe más allá de su <i>implementación</i> inicial y/o después de que se haya detenido la financiación externa, así como los factores que contribuyen a esta probabilidad.</p> <p>Estándar A: Sostenibilidad y financiación; 8.1: Se determina si el programa debe ser mantenido.</p> <p>2. La probabilidad de que los <i>resultados</i> positivos de la <i>intervención</i> se mantengan en los <i>participantes</i> después de que se interrumpa la intervención, es decir, que se encuentren en el seguimiento a largo plazo.</p> <p>3. La probabilidad de que la <i>intervención se implemente</i> con alta calidad una vez que los promotores que elaboraron el programa ya no estén directamente involucrados (por ejemplo, una vez que el <i>programa se haya difundido</i> a gran escala). Los ensayos de sostenibilidad buscan determinar las condiciones que han de darse para que una implementación mantenga la <i>fidelidad</i> de manera continuada (Kellam y Langevin, 2003).</p>
<p>Sustancia (<i>Substance</i>)</p>	<p>Ver <i>Droga</i>.</p>
T	
<p>Tamaño del efecto (<i>Effect size</i>)</p>	<p>Ver <i>Efecto</i>.</p>

Teoría (Theory)	Ver <i>Modelo teórico</i> .
Trabajador de primera línea (Front-line worker)	Ver <i>Profesional</i> .
U	
Uso de drogas / Consumo de drogas (Drug use)	<p>El consumo de <i>drogas</i> para fines que no sean el tratamiento médico prescrito o la investigación científica. Cuando se habla del consumo de drogas, se puede referir a la abstinencia de sustancias, a que sea poco frecuente (experimentación), ocasional (p. ej., menos de una vez por semana) o regular (p. ej., al menos una vez por semana).</p> <p>Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera consumo de riesgo al descrito como un patrón de uso que aumenta el riesgo de consecuencias físicas, mentales y sociales perjudiciales para los usuarios y su entorno social (p. ej., la familia, la <i>comunidad</i>), mientras que el consumo perjudicial describe un patrón de uso que ya está dañando la salud mental o física de los consumidores, y puede estar teniendo consecuencias sociales.</p> <p>El consumo de drogas también se conoce como abuso/uso indebido de drogas/sustancias psicoactivas. Sin embargo, se puede criticar el empleo de términos como 'uso indebido' o 'abuso' para describir el consumo de drogas en general; son más adecuados para referirse solamente al uso perjudicial.</p>
Uso nocivo (Harmful use)	Ver <i>Uso de drogas</i> .
Uso peligroso (Hazardous use)	Ver <i>Uso de drogas</i> .
V	
Validez (Validity)	Un <i>indicador</i> de la calidad de un <i>instrumento</i> de recogida de datos. Un instrumento es válido si realmente mide lo que se pretende medir. Otros indicadores de la calidad del instrumento son la <i>objetividad</i> y la <i>fiabilidad</i> .

Glosarios

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011), *EMCDDA glosario en línea*.

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/glossary>

North East Public Health Observatory (2008), *Language de Salud Pública. Versión 2.0*.

<http://www.nphl.nhs.uk/>

Prevention by Design (2009), Terminología Científica de la Prevención. Programa de Planificación de Prevención Comunitaria en el Instituto para el Estudio del Cambio Social, Universidad de California en Berkeley.

<http://socrates.berkeley.edu/~pbd/glossary.html>

Skills for Health (2009), Glosario de términos para uso dentro de las competencias.

<http://www.skillsforhealth.org.uk/~media/Resource-Library/PDF/glossary09.ashx>

(Accedido el 01.06.2010)

Smith, B.J., Tang, K.C. y Nutbeam, D. (2006), Glosario de la promoción de la salud de la OMS: nuevos términos. *Promoción de la Salud Internacional*, 21 (4), pp. 340-345.

UNODCCP United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (2000), *Reducción de la Demanda. Un glosario de términos*. Nueva York, Naciones Unidas.

http://www.unodc.org/pdf/report_2000-11-30_1.pdf

OMS Organización Mundial de la Salud (1994), *Lexicon sobre términos relacionados con el alcohol y otras drogas*. Ginebra: OMS.

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

OMS Organización Mundial de la Salud (1998), Glosario de Promoción de la Salud. OMS/HPR/HEP/98.1. Ginebra, OMS.

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

Referencias bibliográficas

Se accedió a todas las páginas web por última vez el 11.04.2011, a no ser que se indique lo contrario.

Brotherhood, A., Sumnall, H.R. and the Prevention Standards Partnership (2011), *European drug prevention quality standards: Final project report*. Liverpool, Centre for Public Health.

CCSA Canadian Centre on Substance Abuse (2009), *Building on Our Strengths: Canadian Standards for School-based Youth Substance Abuse Prevention: A guide for education and health personnel (Version 1.0)*. Ottawa, ON, CCSA.

http://www.ccsa.ca/2009%20CCSA%20Documents/ccsa0117812009_e.pdf

Coggans, N. (2006), 'Drug education and prevention: has progress been made?', *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 13 (5), pp. 417–422.

CSAP Center for Substance Abuse Prevention (2002), *Comparison Matrix of Science-Based Prevention Programs: A Consumer's Guide for Prevention Professionals (Conference Edition)*. Rockville, MD., CSAP.

<http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED469592.pdf>

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1998), *Evaluating Drug Prevention in the European Union*, EMCDDA Scientific Monograph Series No 2. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44761_EN_Monograph2.pdf

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, EMCDDA Thematic papers, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010), *Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK). A manual for prevention professionals*. Luxembourg, Publications Office of the European Union.

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_105843_EN_Manual4PERK.pdf

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011), *EMCDDA online glossary*.

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/glossary>

European Commission (2010), *Communicating research for evidence-based policymaking: A practical guide for researchers in socio-economic sciences and humanities (EUR 24230)*. Luxembourg, Publications Office of the European Union.

http://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/guide-communicating-research_en.pdf

European Council (2004), 'EU drugs strategy (2005–2012)', 15074/04.

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_10375_EN_EU%20Drugs%20Strategy_EN.pdf

European Council (2005), 'EU drugs action plan (2005–2008)', *Official Journal of the European Union*, 2005/C 168/01, 8.7.2005.

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index10360EN.html>

European Council (2008), 'EU drugs action plan for 2009–2012', *Official Journal of the European Union*, 2008/C 326/09, 20.12.2008.

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index66221EN.html>

Evans, D. (2003), 'Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions', *Journal of Clinical Nursing* 12, pp. 77–84.

Department of Health (2007), *You're Welcome quality criteria: Making health services young people friendly*. Gateway Ref: 7972. London: DH.

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalassets/dh_073829.pdf (Accedido por última vez el 06.06.2009)

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_073586

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G. et al. (2010), 'The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial', *Drug and Alcohol Dependence*, 108 (1–2), pp. 56–64.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T63-4Y648DM-1/2/a33c4c53bc9065aea7bcf0489e259b46>

Flay, B.R., Biglan, A., Boruch, R. F. et al. (2005), 'Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination', *Prevention Science*, 6 (3), pp. 151–175.

<http://www.preventionresearch.org/StandardsOfEvidencebook.pdf>

French, M. (2004), *Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program (DATCAP)*. University of Miami.

<http://www.datcap.com/>

Gorman, D.M., Conde, E. and Huber, J.C. (2007), 'The creation of evidence in "evidence-based" drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation', *Drug and Alcohol Review*, 26, pp. 585–93.

Kling, A., Forster, M., Sundell, K. and Melin, L. (2010), 'A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Parent Management Training With Varying Degrees of Therapist Support', *Behavior Therapy*, 41 (4), pp. 530–542.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/B7XMMW-514R6H6-3/2/17522cc84879451a13b7dbeb25e052be>

Lammers, J., Goossens, F., Lokman, S. et al. (2011), 'Evaluating a selective prevention programme for binge drinking among young adolescents: study protocol of a randomized controlled trial', *BMC Public Health* 11, p. 126.

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-126.pdf>

Miller, T. and Hendrie, D. (2009), *Substance Abuse Prevention Dollars and Cents: A Cost-Benefit Analysis*, DHHS Pub. No (SMA) 07-4298. Rockville, MD, Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

<http://store.samhsa.gov/shin/content//SMA07-4298/SMA07-4298.pdf>

Kellam, S.G. and Langevin D.J. (2003), A Framework for Understanding 'Evidence' in Prevention Research and Programs, *Prevention Science*, 4 (3), pp. 137–153.

Moos, R. H. (2005), 'Horizons Review Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention', *Addiction*, 100 (5), pp. 595–604.

MRC Medical Research Council (2008), *Developing and evaluating complex interventions: new guidance*.

<http://www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance>

Mrazek, P.J. and Haggerty, R.J. (eds.) (1994), *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*, Washington DC, Institute of Medicine, National Academy Press.

NICE National Institute for Health and Clinical Excellence (2006), *Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people*. London, NICE.

NICE National Institute for Health and Clinical Excellence (2009), *Methods for the development of NICE public health guidance (second edition)*. London, NICE.

<http://www.nice.org.uk/media/2FB/53/PHMethodsManual110509.pdf>

NIDA National Institute on Drug Abuse (2003), *Preventing Drug Use among Children and Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders (second edition)*. Bethesda, Maryland, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.

<http://www.drugabuse.gov/pdf/prevention/RedBook.pdf>

OCEBM Oxford Centre for Evidence-based Medicine (2009), *Levels of Evidence*.

<http://www.cebm.net/index.aspx?o=4590>

Petrie, J., Bunn, F. and Byrne, G. (2007), 'Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review', *Health Education Research*, 22 (2), pp. 177–191.

Pilling, S., Hesketh, K. and Mitcheson, L. (2010), *Routes to Recovery: Psychosocial Interventions for Drug Misuse. A framework and toolkit for implementing NICE-recommended treatment interventions*, London, National Treatment Agency for Substance Misuse.

http://www.nta.nhs.uk/uploads/psychosocial_toolkit_june10.pdf

Plested, B., Smitham, D. M., Jumper-Thurman, P., Oetting, E. R. and Edwards, R. W. (1999), 'Readiness for Drug Use Prevention in Rural Minority Communities', *Substance Use and Misuse*, 34 (4–5), pp. 521–544.

Springer, J.F. and Phillips, J.L. (2007), 'The Institute of Medicine framework and its implication for the advancement of prevention policy, programs and practice', *Prevention Policy Paper Series*, EMT Associates, Inc, Folsom, CA.

http://www.ca-cpi.org/document_archives/iomarticle3-14-07fs.pdf (Accedido por última vez el 21.07.2009)

Sumnall, H.R., Brotherhood, A. and the Prevention Standards Partnership (2011), *European drug prevention quality standards: Evidence into Practice*, Liverpool, Centre for Public Health.

Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., et al. (2004), 'The Motivation, Skills, and Decision-Making Model of Drug Abuse Prevention', *Substance Use and Misuse*, 39 (10), pp. 1971–2016.

Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G. A., Sturge, J. and Rehm, J. (2007), 'Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use', *The Lancet*, 369 (9570), pp. 1391–1401.

Trimbos-instituut (2010), *Handbook Healthy Nightlife Toolbox: How to create a healthy & safe nightlife*. Utrecht, Trimbos-instituut.

http://www.hnt-info.eu/File/handbook_section.aspx?id=1

Uhl, A., Ives, R. and Members of the Pempidou Group Prevention Platform (2010), *Evaluation of Drug Prevention Activities: Theory and Practice*. P-PG/Prev (2010)6. Strasbourg Cedex, Council of Europe.

<https://wcd.coe.int/wcd/com.instranet.InstraServlet?Index=no&command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=1702660&SecMode=1&DocId=1657600&Usage=2>

UKDPC UK Drug Policy Commission (2008), *Working towards recovery. Getting problem drug users into jobs*. London: The UK Drug Policy Commission.

<http://www.ukdpc.org.uk/reports.shtml>

United Nations General Assembly (1998), *Declaration on the Guiding Principles of Drug Demand Reduction*. A/RES/S-20/3, Annex.

<http://www.un.org/documents/ga/res/20sp/a20spr03.htm>

UNODC United Nations Office on Drug and Crime (2004), *Drug abuse prevention among youth from ethnic and indigenous minorities*. New York, United Nations.

http://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_ethnic_english.pdf

UNODC United Nations Office on Drug and Crime (2009a), *Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention*. New York, United Nations.

<http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/familyskillstraining.html>

UNODC United Nations Office on Drugs and Crime (2009b), *Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World*

Drug Problem, Adopted at the high-level segment Commission on Narcotic Drugs, Vienna, 11–12 March 2009, New York, United Nations.

<http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Uploads/CND-52-RelatedFiles/V0984963-English.pdf>

UNODCCP United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (2000), *Demand Reduction, A Glossary of Terms*, New York, United Nations.

http://www.unodc.org/pdf/report_2000-11-30_1.pdf

Werch, C. E. and Owen, D. M. (2002), 'Iatrogenic Effects of Alcohol and Drug Prevention Programs', *Journal of Studies on Alcohol*, 63, pp. 581–590.

WHO World Health Organization (1998), *Health Promotion Glossary*, WHO/HPR/HEP/98.1. Geneva: WHO.

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

Zonneville-Bender, M. J. S., Matthys, W., van de Wiel, N. M. H. and Lochman, J. E. (2007), 'Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (1), pp. 33–39.

Acerca del EMCDDA

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) es una de las agencias descentralizadas de la Unión Europea. Establecida en 1993 y con sede en Lisboa, es la fuente principal de información integral sobre las drogas y la drogadicción en Europa.

El EMCDDA recoge, analiza y difunde información real, objetiva, fiable y comparable sobre las drogas y las drogodependencias. Al hacerlo, ofrece a sus receptores una imagen a nivel europeo del fenómeno de las drogas basada en la evidencia.

Sus publicaciones son la principal fuente de información para un amplio público, incluidos los responsables políticos y sus asesores; profesionales e investigadores que trabajan en el campo de las adicciones; y, más ampliamente, los medios de comunicación y el público en general.

Los Manuales del EMCDDA son eminentemente prácticos ya que están dirigidos a los profesionales y técnicos que trabajan en el campo de las drogodependencias.



portal**bbpp**
ADICCIONES

