

HIGIEA

Informe

Análisis multinivel de la calidad, necesidades, diseño, poblaciones destinatarias, objetivos, ámbitos, implementación, evaluación y efectividad de los programas, proyectos y planes locales de la prevención de las adicciones.



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL



**Episteme
Social**

Financiado por:



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y del Impuesto sobre Sociedades.

Título: HIGIEA. Análisis multinivel de la calidad, necesidades, diseño, poblaciones destinatarias, objetivos, ámbitos, implementación, evaluación y efectividad de los programas, proyectos y planes locales de la prevención de las adicciones.

Autoría: Aida Longan Zarzoso y Marta Civil Cortada.



EPISTEME INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN SOCIAL

C/Floridablanca, 146, 3-1, 08011, Barcelona.

Info@epistemesocial.org

Equipo técnico de Episteme: Aida Longan Zarzoso, David Pere Martínez Oró, Marta Civil Cortada y Sara Saez.

Criterio de citación: Longan, A. y Civill, M. (2024). HIGIEA. Análisis multinivel de la calidad, necesidades, diseño, poblaciones destinatarias, objetivos, ámbitos, implementación, evaluación y efectividad de los programas, proyectos y planes locales de la prevención de las adicciones. Barcelona. Episteme social.

Conflictos de intereses: ninguno. **Contacto:** info@epistemesocial.org

Las opiniones vertidas en este documento no son necesariamente las del Ministerio de derechos sociales, consumo y agenda 2030.

Índice contenidos

Agradecimientos	8
Resumen ejecutivo	10
Introducción	14
1. Contexto de la prevención	14
2. Marco conceptual de HIGIEA	24
3. Objetivos	27
4. Alcance	28
Metodología	42
Resultados.....	50
1. Análisis general de temas relevantes tratados en las entrevistas	50
2. Análisis de co-ocurrencia de palabras clave de las entrevistas.....	52
3. Cuestionario y otros puntos cualitativos de las entrevistas	53
Fase 1: Conceptualización y diseño.....	55
Fase 2: Implementación de los programas	77
Fase 3: Evaluación de resultados e impacto del programa	95
Calidad y efectividad.....	109
Perspectiva de género.....	118
Recomendaciones	123
Análisis DAFO de los programas de prevención	126
Conclusiones	129
Referencias	139
Anexos	142

Índice de ilustraciones

Ilustración 1.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto según el género con el que se identifica el participante en el cuestionario.....	29
Ilustración 2.- Edad en años según el género de las personas participantes del cuestionario.	30
Ilustración 3.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de la posición laboral que ocupa el participante en el sector de la prevención de las adicciones.....	30
Ilustración 4.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de los años específicos y los rangos de años de experiencia (de 10 en 10) respondidos que han trabajado o han estado relacionados con el sector de la prevención de las adicciones.....	32
Ilustración 5.- Edad en años según el género de las personas participantes del cuestionario.	32
Ilustración 6.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de cada nivel de formación académica de las personas participantes del cuestionario. ..	33
Ilustración 7.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de cada titulación que poseen las personas participantes del cuestionario.....	34
Ilustración 8.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de cada entorno laboral en los que trabajan las personas participantes del cuestionario.	35
Ilustración 9.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de cada entorno laboral en los que trabajan las personas participantes del cuestionario.	36
Ilustración 10.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de cada área principal de especialización de las personas participantes del cuestionario.	37
Ilustración 11.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de cada tipo de adicción que han abordado las personas participantes del cuestionario.	38
Ilustración 12.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de cada tipo de estrategias de intervención que aplican las personas participantes del cuestionario.	40
Ilustración 13.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de cada tipo de alcance territorial que abordan las personas participantes del cuestionario.	40

Ilustración 14.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de cada provincia y Comunidad Autónoma en las que trabajan las personas participantes del cuestionario.....	42
Ilustración 15.- Nube de conceptos de las palabras clave codificadas en Atlas de todas las entrevistas.....	50
Ilustración 16.- Grado de dificultad y frecuencia de realización de mediana de todas las tareas de cada una de las fases de desarrollo de los programas de prevención según el género del participante.	55
Ilustración 17.- Grado de dificultad y frecuencia de realización de las tareas de la fase de conceptualización y diseño de los programas de prevención según el género del participante.	57
Ilustración 18.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).	59
Ilustración 19.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).	61
Ilustración 20.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).	63
Ilustración 21.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).	65
Ilustración 22.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).	67
Ilustración 23.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).	69
Ilustración 24.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).	71
Ilustración 25.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).	72

Ilustración 26.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de cada opción de solución de la fase de diseño los programas de prevención en las que las personas participantes del cuestionario eligieron como prioritarias.	74
Ilustración 27.- Grado de dificultad y frecuencia de realización de las tareas de la fase de implementación de los programas de prevención según los años de experiencia en el área.	79
Ilustración 28.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).	81
Ilustración 29.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).	82
Ilustración 30.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).	84
Ilustración 31.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).	85
Ilustración 32.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).	87
Ilustración 33.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).	88
Ilustración 34.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).	90
Ilustración 35.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de cada opción de solución de la fase de implementación los programas de prevención en las que las personas participantes del cuestionario eligieron como prioritarias.	92
Ilustración 36.- Grado de dificultad y frecuencia de las tareas de la fase de evaluación de los programas de prevención según los años de experiencia en el área.....	97
Ilustración 37.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).	98

ÍNDICE DE CONTENIDOS, ILUSTRACIONES Y TABLAS

Ilustración 38.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).	100
Ilustración 39.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).	101
Ilustración 40.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).	103
Ilustración 41.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).	106
Ilustración 42.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de cada opción de solución de la fase de evaluación los programas de prevención en las que las personas participantes del cuestionario eligieron como prioritarias.	107
Ilustración 43.- Grado de acuerdo en diferentes cuestiones relacionadas con la calidad y efectividad de los programas de prevención según el género y los años de experiencia en el área del participante del cuestionario.	111
Ilustración 44.- Grado de acuerdo en diferentes cuestiones relacionadas con la inclusión de la perspectiva de género en los programas de prevención según el género y los años de experiencia en el área del participante del cuestionario.	120

Índice de tablas

Tabla 1.- Análisis de co-ocurrencia entre las palabras clave seleccionadas: diseño, implementación, evaluación, calidad, efectividad y datos.	52
Tabla 2.- Coeficientes del Modelo Lineal Generalizado (GLM).....	149

Agradecimientos

La elaboración de este informe no habría sido posible sin la colaboración voluntaria y el compromiso de todas las personas y entidades participantes desde diferentes puntos de España, cuyo trabajo diario en la prevención y atención de las adicciones enriqueció de manera invaluable este estudio.

Por un lado, agradecemos a las más de doscientas personas del sector de la prevención de adicciones que compartieron sus opiniones y prácticas en nuestro cuestionario. Cada aporte recibido enriqueció el desarrollo de este proyecto, contribuyendo a una mayor comprensión de los retos y oportunidades para el fortalecimiento de las acciones preventivas en España.

Por otro lado, agradecemos profundamente la participación y colaboración de los y las profesionales y personas expertas que, con sus experiencias y conocimientos únicos, hizo posible el cumplimiento de los objetivos del proyecto HIGIEA. Sus aportaciones nos permitieron construir una visión multifacética de la prevención de adicciones, adaptada a las particularidades de diferentes perspectivas y contextos.

Desde el ámbito de la **intervención comunitaria y educativa**, destacamos las contribuciones de David Sanitjas de la Mancomunitat de la Vall del Tenes, Laura Martínez del Ayuntamiento de Alfafar, y Anna Urrutia del *Ajuntament de Sant Celoni* y *Mancomunitat del Baix Montseny*. Su trabajo diario con jóvenes, familias y en contextos escolares resaltó la importancia de implicar a toda la comunidad en la prevención y la actualización en adicciones emergentes.

En el área de **formación** de profesionales y **políticas públicas**, agradecemos las aportaciones de Manuel Isorna de la Universidad de Vigo, quien se ha especializado en la prevención en contextos académicos; Susana Redondo de la Junta de Castilla y León, Cristina Mayol y Pere Roselló del Gobierno de Illes Balears, y Otger Amatller, coordinador de proyectos de prevención en la Fundación Salud y Comunidad. Sus experiencias en la capacitación de profesionales y en el diseño de políticas basadas en evidencia fueron de especial relevancia, destacando herramientas de prevención que sean factibles y adaptativas a las necesidades particulares y emergentes de cada comunidad.

Desde un **enfoque de coordinación** regional de programas, las aportaciones de Carmen Barranguan, jefa de sección de Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública de Aragón; Eulàlia Sot, de la *Subdirecció General d'Addiccions de la Generalitat de Catalunya* en la Agencia de Salud Pública; y Sergio Veiga de la *Xunta de Galicia Consellería de Sanidade* en la Dirección General de Salud Pública fueron muy

relevantes. Sus conocimientos integrales sobre la prevención en salud mental y la intervención en adolescentes y jóvenes nos dieron una perspectiva única de coordinación de programas desde puestos directivos. También resaltamos la participación de Claudio Vidal, coordinador estatal de *Energy Control*, quien compartió su experiencia en reducción de daños en contextos de ocio recreativo.

En cuanto a la **perspectiva municipal** en prevención de adicciones, expresamos nuestro agradecimiento a Luis Morante Saboya del Ayuntamiento de Torrejón de Ardoz, Xesca Arques del Ajuntament de Reus, Eider Hormaetxea de la Fundació Etor-kincha, Alfonso Ramírez de la Diputación de Huelva; Joan Josep Sabater de EINES, quien compartió una visión integral de la prevención a nivel poblacional; Helena Ortín, quien trabajó como médico en el Centro de Atención Integral a Drogodependientes (CAID) “*Los Mesejo*”; Sonia Mayans del Consell de Formentera, quien ofreció una perspectiva desde una comunidad insular; Belén Pérez Leal de la Comarca Sobarbe, que abordó la prevención en un entorno rural. Cada uno/a, desde sus respectivos municipios y regiones, nos permitió comprender cómo se implementan y adaptan los programas de prevención a nivel local.

Para el ámbito **nacional e internacional**, contamos con valiosas aportaciones de Oihana Rementeria de GAYA Consultoría, con proyectos que abarcan desde Europa hasta África y América Latina; Yúmar Hidalgo Agudo de la Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos, Enric Marcos Pélaez de la asociación PDS, y Juan Carlos Melero, experto en programas preventivos en España. Sus experiencias en proyectos de amplio alcance nos proporcionaron una perspectiva global de la prevención, tanto en entornos nacionales como en iniciativas internacionales.

Finalmente, queremos agradecer a cada miembro del equipo de Episteme Social, que ha trabajado en distintas fases del proyecto, aportando profesionalidad, y una visión de futuro hacia una sociedad informada y protegida frente a las adicciones.

Resumen ejecutivo

La prevención de adicciones en España enfrenta desafíos sustanciales en términos de calidad y efectividad. A pesar de contar con una amplia trayectoria en este ámbito, persisten déficits en la implementación sistemática de programas basados en evidencia científica, agravados por limitaciones en su evaluación y adaptación a contextos territoriales específicos. La feminización del sector y la disparidad en la formación de los y las profesionales reflejan la necesidad de profesionalizar el ámbito y mejorar la transferencia de conocimientos. Aunque existen estándares internacionales como el Currículum Universal de Prevención (EUPC) y las directrices de organismos como la UNODC, OMS y EMCDDA, la integración de enfoques basados en evidencia y con perspectiva de género sigue siendo insuficiente. El proyecto HIGIEA aborda estas brechas a través de un análisis multinivel de las prácticas preventivas, incorporando enfoques innovadores y con un específico marco teórico, con el objetivo de proponer soluciones basadas en evidencia que mejoren la sostenibilidad y efectividad de las políticas y programas preventivos en España.

2. Objetivos principales

El proyecto tuvo como objetivo mejorar la calidad de la prevención de adicciones en España, incorporando criterios de excelencia y perspectiva de género. Analizamos los programas existentes, identificando debilidades y diferencias territoriales, así como el desfase entre las necesidades y las acciones aplicadas. Evaluamos la efectividad de las intervenciones basadas en evidencia científica, proponiendo acciones concretas para mejorar la calidad y sostenibilidad de políticas preventivas, con un enfoque de género.

3. Métodos y alcance

Utilizamos una metodología mixta. Revisamos literatura, diseñamos herramientas de recolección de datos (cuestionarios y entrevistas), e hicimos un trabajo de campo con 278 cuestionarios aplicados, 141 completados y 27 entrevistas a profesionales del área. Realizamos el análisis cualitativo con *Atlas.ti* y el cuantitativo con *R Statistics*, complementando hallazgos mediante enfoques visuales y estadísticos avanzados.

4. Resultados

Entrevistas

El análisis de entrevistas en el proyecto HIGIEA destacó la centralidad de la evaluación en los programas de prevención, vinculada al diseño, implementación y calidad de las intervenciones. Los conceptos más frecuentes incluyeron prevención, programas, evaluación, calidad y efectividad, reflejando preocupaciones por la mejora continua y la falta de tiempo, recursos y financiamiento. La coocurrencia entre términos clave evidenció

que una evaluación efectiva requiere integración desde el diseño y seguimiento durante la implementación. La calidad percibida depende de la capacidad de evaluación rigurosa y de alcanzar resultados tangibles. Sin embargo, se identificaron carencias en la recopilación de datos, especialmente en la evaluación, limitando la capacidad de optimización de los programas en tiempo real. Se sugiere fortalecer la formación técnica y la perspectiva de género para abordar estos desafíos.

Cuestionario

Fase 1. Conceptualización y diseño

En la fase de conceptualización y diseño, las tareas más desafiantes fueron garantizar la sostenibilidad y planificar la evaluación, ambas con alta dificultad y frecuencia. Estas actividades requieren recursos y habilidades específicas. El diseño de intervenciones, la integración de la perspectiva de género y el análisis de necesidades presentaron dificultad moderada, pero se apoyan en metodologías consolidadas. La definición de objetivos y la identificación de población objetivo fueron las menos complejas. La revisión de literatura, aunque menos frecuente, mostró una alta variabilidad, sugiriendo la necesidad de mayor atención técnica.

Fase 2. Implementación

En la implementación, las tareas frecuentes fueron menos desafiantes ($\beta = -0.40$, $p = 5.09 \times 10^{-8}$) debido a su naturaleza operativa. Las tareas como asegurar financiamiento, acceder a la población objetivo y coordinar interinstitucionalmente son percibidas como moderadamente complejas, pero se realizan con alta frecuencia debido a su importancia para el éxito de los programas. El monitoreo con sensibilidad de género, aunque desafiante, es la tarea menos ejecutada, evidenciando la necesidad de mayor capacitación y sensibilización en este aspecto. La flexibilidad para adaptarse a cambios y la recopilación de datos de proceso son frecuentemente realizadas, destacando su relevancia para la mejora continua de los proyectos. Finalmente, la capacitación del personal, aunque menos compleja, es muy importante para la adaptabilidad y efectividad de las intervenciones.

Fase 3. Evaluación de resultados e impacto

La fase de evaluación de resultados e impacto se identificó como la más desafiante, con una alta dificultad percibida ($\beta = 0.43$, $p < 2 \times 10^{-12}$) y menor frecuencia de ejecución, la dificultad se mantuvo alta incluso para tareas frecuentes ($\beta = -0.93$, $p < 2 \times 10^{-16}$), lo que refuerza la necesidad de competencias técnicas específicas. Las actividades más complejas incluyeron la toma de decisiones basadas en evidencia y el análisis de impacto con perspectiva de género, ambas con frecuencia limitada debido a la falta de formación y herramientas adecuadas. La definición de indicadores y la recolección de datos fueron esenciales, pero requieren mejores metodologías y competencias avanzadas. Por otro

lado, la elaboración de informes fue frecuente y menos desafiante, aunque podría optimizarse.

Calidad y efectividad de los programas

La calidad de los programas de prevención de adicciones en España es percibida como moderada, según los resultados del cuestionario. Aunque se reconoce la necesidad de un cambio político significativo y un marco normativo basado en evidencia científica, el sector enfrenta obstáculos como la falta de formación específica, la resistencia a abandonar prácticas tradicionales y la priorización del tratamiento sobre la prevención. Además, la carencia de evaluaciones rigurosas limita la medición del impacto de los programas. Se destaca la demanda de mayor apoyo institucional, mejores condiciones laborales y financiación estable para lograr un enfoque estratégico y coordinado que maximice el impacto preventivo.

Perspectiva de género

Aunque la perspectiva de género es ampliamente reconocida como esencial en los programas de prevención de adicciones, su implementación práctica presenta inconsistencias significativas. Los resultados del cuestionario y las entrevistas destacan barreras como la falta de formación específica, enfoques androcéntricos heredados, y la ausencia de herramientas prácticas y evaluaciones robustas. Si bien grupos como mujeres, participantes junior y miembros de ONG muestran ligeramente una mayor consideración en sus programas, se requiere formación especializada, unificación de criterios y herramientas evaluativas, para una integración en todos los niveles.

5. DAFO

- **Fortalezas.** Los programas destacan por el compromiso técnico en tareas clave, como la definición de objetivos y evaluación, y una progresiva incorporación de enfoques basados en evidencia. Asimismo, hay avances en la integración de la perspectiva de género, aunque aún limitada.
- **Debilidades.** Persisten carencias en formación específica, herramientas de evaluación y sistematización científica. Además, la sobrecarga laboral, falta de personal y la integración insuficiente de la perspectiva de género dificultan la calidad de las intervenciones.
- **Oportunidades.** Existen posibilidades de fortalecer la colaboración interinstitucional, adaptar estándares internacionales, y potenciar la profesionalización y el uso de tecnologías para la evaluación. La creciente sensibilización hacia la perspectiva de género representa otro ámbito de mejora.
- **Amenazas.** La dependencia de financiación a corto plazo, resistencia al cambio, barreras culturales, descoordinación institucional y rigidez burocrática limitan la

sostenibilidad y efectividad de los programas, especialmente en contextos vulnerables o con disparidades regionales.

6. Recomendaciones

- **Evaluación transversal.** Integrar la evaluación desde el diseño con indicadores que incluyan perspectiva de género e interseccionalidad.
- **Formación continua.** Implementar programas especializados y acreditaciones para asegurar conocimientos técnicos de calidad.
- **Sostenibilidad financiera.** Promover fondos plurianuales, alianzas público-privadas y estabilidad laboral en los equipos técnicos.
- **Adaptación local de estándares.** Ajustar estándares internacionales a contextos locales con guías prácticas y formación específica.
- **Coordinación interinstitucional.** Establecer plataformas colaborativas para alinear objetivos y recursos.
- **Tecnología aplicada.** Incorporar herramientas digitales para mejorar la recolección y análisis de datos.
- **Perspectiva de género.** Garantizar su integración en todas las fases del programa mediante herramientas prácticas e indicadores específicos.
- **Trabajo en red.** Impulsar equipos multidisciplinares, participación comunitaria y aprendizaje de experiencias internacionales.

7. Conclusión

El proyecto HIGIEA ha permitido identificar avances y desafíos en la implementación de programas de prevención de adicciones en España, destacando la importancia de abordar todas las fases del proceso como interrelacionadas. Aunque se han logrado avances en la integración de enfoques innovadores, persisten limitaciones estructurales y metodológicas, especialmente en la evaluación de resultados, donde se observan barreras como la falta de indicadores claros y la limitada capacitación técnica. La sostenibilidad financiera, la capacitación continua y la integración de la perspectiva de género fueron identificadas como áreas clave para garantizar la eficacia y equidad de las intervenciones. Los resultados del proyecto proporcionan una base para diseñar políticas públicas más inclusivas y basadas en evidencia, promoviendo un sistema preventivo de calidad, equidad y adaptabilidad.

8. Palabras clave

Prevención, adicciones, calidad, efectividad, evaluación, desafíos, prácticas, España.

Introducción

1. Contexto de la prevención

Las adicciones, tanto a sustancias como comportamentales, siguen representando un reto en la salud pública en España. El aumento en el uso de drogas, los problemas derivados del juego patológico y el uso problemático de pantallas, especialmente entre jóvenes y poblaciones vulnerables, ha evidenciado la necesidad de programas de prevención más eficaces y sistemáticos. El reto, sin embargo, no solo radica en la implementación de estos programas, sino en garantizar que dichas iniciativas realmente cumplan su función preventiva, tanto a nivel local como estatal.

A nivel global, las **políticas** de prevención han comenzado a adoptar estándares internacionales de calidad, como los promovidos por el Currículo Universal de Prevención (EUPC). Estos estándares están diseñados para que las intervenciones preventivas se ajusten a los principios de la ciencia de la prevención, aumentando su eficacia y sostenibilidad a largo plazo. El EUPC proporciona las herramientas necesarias para la implementación efectiva y el monitoreo de las políticas preventivas. Esto incluye no solo identificar y prevenir el uso de sustancias psicoactivas, sino también mejorar el desarrollo infantil y juvenil en general, mediante la promoción de conductas saludables y el fortalecimiento de las relaciones familiares, escolares y comunitarias. Por ejemplo, aumentando las intervenciones de tipo inespecífico desde temprana edad en los colegios como parte de los programas de prevención. Además, el EUPC introduce a los responsables de políticas en las mejores prácticas de prevención de drogas, basadas en estándares internacionales como los de la UNODC, OMS y los Estándares Europeos de Calidad en Prevención de Drogas (EDPQS). Por último, enfatiza en que las intervenciones deben ejecutarse tal como fueron diseñadas, sin desviaciones que puedan afectar su eficacia y que se debe hacer en todos los casos una evaluación continua para asegurar que las intervenciones logren los resultados esperados y puedan ajustarse en función de los datos obtenidos.

A nivel europeo, se ha puesto un énfasis creciente en la necesidad de incluir respuestas específicas de **género** en la prevención de adicciones. Según el *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* ([EMCDDA, 2022](#)), la mayoría de los países europeos aún no han logrado integrar completamente esta perspectiva, a pesar de la evidencia que indica su efectividad. En España, si bien existen programas preventivos dirigidos a jóvenes y adolescentes, su efectividad en la incorporación de un enfoque de género sigue siendo limitada ya que muchas de estas iniciativas carecen de una

estructura de evaluación de su **impacto preventivo**. Esto dificulta establecer si han contribuido efectivamente a la reducción de las conductas adictivas y la adaptación de los proyectos a los cambios más actuales.

En **España**, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) ha apuntado que la trayectoria de la prevención en España ha estado marcada por la prevención basada en la tradición. Esta metodología ha carecido, en muchas ocasiones, de un fundamento científico sólido, es decir, que se han llevado a cabo acciones preventivas ineficaces y se han dispersado los recursos y esfuerzos del personal. Esto ha generado una demanda urgente de evaluaciones que permitan certificar que los recursos invertidos produzcan los resultados esperados. En este contexto, el proyecto HIGIEA surge como una respuesta a la necesidad de mejorar la calidad de estos programas mediante la identificación y análisis de las estrategias preventivas más efectivas, que sean factibles en el territorio español; así como las posibles soluciones propuestas por los y las principales figuras actuales del sector.

El manual *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas* ([Isorna Folgar & Saavedra Pino, 2012](#)) es una referencia importante en España sobre el desarrollo de un modelo preventivo que se apoye en estrategias basadas en la evidencia y en la adecuación de las intervenciones a distintos contextos y perfiles. Este representa una gran contribución en la literatura especializada al proporcionar una visión detallada de los fundamentos teóricos y prácticos de la prevención basada en la evidencia científica. Esta obra está orientada tanto a profesionales de la salud y educación como a estudiantes de disciplinas sociosanitarias y educativas, con el objetivo de desarrollar competencias en evaluación, intervención y prevención de conductas adictivas, especialmente en población joven. El primer bloque se centra en la reducción de la oferta de drogas y medidas para limitar su disponibilidad en el entorno comunitario. El segundo bloque examina las repercusiones del consumo de drogas y otras conductas adictivas en los niveles personal, familiar y social, brindando un contexto que es fundamental para comprender la complejidad de las intervenciones preventivas. Finalmente, el tercer bloque presenta programas de prevención cuya eficacia ha sido demostrada, proporcionando a los y las profesionales guías claras para reducir la incidencia de conductas adictivas. La estructura metodológica y los programas evaluados en este manual ofrecen un marco aplicable y replicable para diseñar e implementar políticas y acciones preventivas con enfoque de género e interseccionalidad, alineadas con los objetivos de HIGIEA.

El análisis que HIGIEA realiza se sostiene en una revisión de la **literatura** científica y gris, desde estudios sobre la implementación de planes y programas de prevención, como de su diseño y evaluación, tanto en España como a nivel internacional. De

esta forma, abordamos la principal problemática persistente: la **calidad** y la **efectividad** de los programas de prevención de adicciones en el contexto español. A través de un **análisis multinivel** de los programas locales y otras intervenciones, HIGIEA busca generar evidencia sobre cuáles son los factores determinantes de la efectividad de estas acciones preventivas. El proyecto reconoce que, aunque la prevención ha sido ampliamente promovida en **España**, no siempre ha habido suficiente evidencia científica que avale la eficacia de dichas acciones. Uno de los mayores obstáculos para lograr intervenciones preventivas que sean altamente efectivas ha sido la falta de un enfoque sistemático en la evaluación del impacto real de estos programas en las conductas de riesgo.

Perfil profesional en el sector de la prevención española

El *Estudio descriptivo sobre la situación demográfica y perfiles formativos de los y las profesionales de prevención de adicciones* ([Villanueva-Blasco et al., 2024](#)) proporcionó una visión sobre el contexto actual de quienes trabajan en la prevención de adicciones en España. Uno de los principales hallazgos fue la feminización del sector, con un 68,9 % de mujeres ocupando puestos en este ámbito, un dato que sugiere la importancia de integrar políticas preventivas con una marcada **perspectiva de género**. Además, revela que una proporción significativa de los y las profesionales se encuentra en edades comprendidas entre los 40 y los 59 años, lo que implica la proximidad de un **relevo generacional** que será importante para la sostenibilidad de las intervenciones preventivas a largo plazo.

El estudio también destaca una **heterogeneidad formativa** entre los y las profesionales. Si bien el 84,8 % de las personas encuestadas afirma haber recibido formación específica en prevención de adicciones, se evidencia que casi una cuarta parte tiene menos de 100 horas de formación en esta área, y un 25 % no ha recibido formación suficiente o carece de una preparación adecuada. Este déficit formativo plantea un desafío importante en términos de la calidad y efectividad de las intervenciones preventivas, tema central en el análisis del proyecto HIGIEA.

Este estudio, al igual que HIGIEA, investigó el conocimiento de los principales **currículos formativos en prevención** existentes a nivel mundial y europeo como el Currículum de Prevención Europeo (EUPC) para Implementadores (EUDA), el Currículum de Prevención Europeo (EUPC) para Decisores Políticos (EUDA), el Currículum de Prevención Universal (UPC) (ISSUP) o la Calidad de los programas de prevención de adicciones: planificación, estándares europeos y evaluación (Portal BBPP). Villanueva-

Blasco et al. (2024) concluyeron que estos están poco extendidos entre los y las profesionales de la prevención de adicciones en el territorio nacional. Más de la mitad de los y las profesionales no los conocen y apenas un 10% han llegado a cursar alguna de estas formaciones específicas. Es decir, hay una falta de conocimiento y aplicación de los **criterios de calidad y buenas prácticas**, por lo que la mejora de la transferencia del conocimiento científico al campo aplicado es evidente en la actualidad.

Asimismo, otro de los aspectos identificados en este estudio es que el 29,4% de los y las profesionales que trabajan en prevención de adicciones lo hacen como una **actividad secundaria**, es decir, que no constituye su principal área laboral. Esta situación pone de relieve la necesidad de profesionalizar aún más el sector de la prevención, lo que planteamos también en el marco del proyecto HIGIEA. La falta de dedicación plena a la prevención puede comprometer la sostenibilidad de las acciones preventivas y reducir su impacto en las poblaciones destinatarias, un problema recurrente que se abordará mediante el análisis multinivel de HIGIEA.

En un contexto en el que la prevención de adicciones exige conocimientos técnicos especializados y una adecuada capacitación, es necesario contar con **profesionales altamente formados/as** que puedan asegurar la implementación rigurosa de las acciones preventivas. Es por ello por lo que el estudio sugiere la necesidad de la profesionalización de la prevención de adicciones como un ámbito laboral que exija unos requisitos de formación concretos, tanto en términos de contenidos como de horas para poder ejercer en esta área. Estas propuestas coinciden con los objetivos del proyecto HIGIEA, que busca ofrecer recomendaciones basadas en evidencia para optimizar los planes locales y otras iniciativas preventivas, asegurando que se integren de manera efectiva en las políticas públicas y que cuenten con el respaldo de profesionales cualificados y recursos adecuados para su implementación y evaluación a largo plazo.

Niveles territoriales, institucionales y apoyo comunitario en prevención

La implementación de los programas de prevención de adicciones en España requiere una adaptación que tenga en cuenta las características particulares de cada territorio y sus comunidades, garantizando así que las intervenciones sean efectivas y relevantes para las necesidades locales.

El estudio *Gramática de la prevención de adicciones. Documento técnico para la prevención local de las adicciones* de Ramírez de Arellano ([2022](#)), destaca que las intervenciones más efectivas en prevención nacen del compromiso y la colaboración entre entidades locales, instituciones públicas y comunidades. El autor pone como ejemplo el

programa «Ciudades ante las Drogas», que ha demostrado la eficacia de involucrar a ayuntamientos y agentes locales para llevar a cabo actividades preventivas adaptadas a las necesidades específicas de cada territorio. Según este autor, las características demográficas, socioeconómicas y culturales de cada región influyen en el perfil de riesgo de la población y en la respuesta que las comunidades necesitan para abordar las adicciones, por lo que un enfoque territorial puede maximizar el impacto de las acciones preventivas. El autor sugiere que es necesario replantear los factores de riesgo y las estrategias preventivas para adaptarlas a las condiciones reales de las comunidades, evitando que las intervenciones se conviertan en “productos de laboratorio” aplicables solo en entornos controlados. Además, destaca la necesidad de diseñar políticas basadas en evidencias, fomentar la cooperación intersectorial y mejorar los recursos preventivos a nivel comunitario.

Diferentes autores en España han enfatizado la importancia de este enfoque más local y comunitario. Un ejemplo de nuevas propuestas en prevención comunitaria y la búsqueda de una proximidad a las necesidades particulares de la comunidad es el «Proyecto Partekatu», descrito en el capítulo 10 por Martínez Ortiz y Hormaetxea Llanos en el libro *Repensando la prevención* ([González de Audikana de la Hera, 2017](#)). Los autores enfatizan que es muy importante identificar y trabajar sobre valores, estilos de socialización, y emociones para promover la cohesión social y prevenir conductas de riesgo mediante una estrategia de construcción conjunta entre jóvenes y la comunidad en general. Es decir, se basa en el fortalecimiento de los vínculos entre los diferentes actores de la comunidad.

En esta misma línea, también se han publicado diferentes guías orientadas a contextualizar mejor los proyectos de prevención. A continuación, explicamos algunos ejemplos de ello en España. La *Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de las drogodependencias y de las adicciones* de Elisardo Becoña Iglesias ([2023](#)) enfatiza enfoques multicomponentes y proporciona un marco conceptual y práctico que se centra en implementar programas de prevención que sean sensibles a las características territoriales, demográficas y sociales. Por ejemplo, considerando factores específicos como las diferencias culturales y socioeconómicas entre comunidades o involucrando a los actores comunitarios y fomentando la participación intersectorial. De esta forma, se pueden evitar soluciones genéricas y adaptarse de forma flexible según las particularidades psicosociales de cada contexto y una mayor inclusión.

Otra guía relevante en el área es la *Guia pràctica d'avaluació dels plans locals de prevenció d'addiccions dels plans locals de prevenció d'addiccions* ([2023](#)) de la *Generalitat de Catalunya*. Esta proporciona directrices para evaluar planes de prevención de adicciones a nivel local en esta comunidad, destacando la colaboración entre distintos

niveles de gobierno y la participación comunitaria para que las intervenciones sean adaptadas y sostenibles en diferentes características de cada comunidad y respondan a las necesidades emergentes particulares. El desarrollo de estos planes ha permitido una cobertura territorial considerable, especialmente en áreas con mayores índices de riesgo. Sin embargo, uno de los mayores desafíos identificados es la **falta de coherencia** entre la planificación, la implementación y la evaluación de las acciones preventivas, lo que limita su efectividad real. La guía subraya que, aunque muchos municipios disponen de estos planes, la mayoría de las evaluaciones se centran en indicadores de proceso (número de acciones realizadas, satisfacción de las personas participantes, etc.) más que en su impacto real en la reducción de las conductas de riesgo. Además, uno de los problemas centrales es que la mayoría de los planes se evalúan por su **volumen de ejecución** y no por los efectos a largo plazo que tienen sobre las poblaciones destinatarias. El énfasis en la cantidad de acciones ejecutadas, más que en su calidad y coherencia interna, ha dejado lagunas importantes en el conocimiento sobre qué estrategias son realmente efectivas para reducir los riesgos asociados al consumo de sustancias o conductas adictivas.

Del mismo modo, la *Consellería de Sanidade* de la Xunta de Galicia publicó *Instrumentos para la evaluación de los programas incluidos en la cartera de servicios en materia de prevención de las drogodependencias* ([2011](#)) donde se presenta una selección de distintos instrumentos de referencia para cubrir el proceso de recogida de la información necesaria para completar la evaluación del proceso y los resultados, adaptados a la metodología, objetivos y contenidos de cada programa. Una labor que se complementa con la incorporación de diversas instrucciones que permitan comprender e interpretar sus resultados.

Conscientes de estas necesidades, el proyecto HIGIEA adopta un enfoque multi-nivel en su análisis, analizando cómo la diversidad territorial influye en la implementación y efectividad de los programas preventivos. Este análisis permite identificar qué componentes de los programas funcionan mejor en ciertos contextos y cuáles requieren ajustes para responder a las particularidades locales. A través de esta perspectiva, HIGIEA busca generar recomendaciones que no solo eleven la calidad de las intervenciones, sino que también impulsen su sostenibilidad y adaptación con la realidad de cada comunidad.

Inclusión de género e interseccionalidad

La perspectiva de género e interseccionalidad resulta de vital importancia en la prevención de adicciones, ya que los factores de riesgo y las respuestas a las intervenciones preventivas pueden variar significativamente según el género y las características sociales y culturales de cada persona. La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 ([Ministerio de Sanidad, 2017](#)) ha enfatizado la necesidad de adaptar las intervenciones preventivas a estos factores de género y **otras adicciones emergentes**, como el juego online y el uso problemático de pantallas. Sin embargo, aún persisten retos en la adaptación efectiva de los programas preventivos a estas diferencias, lo cual limita su alcance y efectividad.

Según un estudio de Fernández et al. ([2024](#)), la *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024* sigue reconociendo el género como un desafío pendiente en la implementación de políticas efectivas. Aunque se han observado avances en la integración de este enfoque en los documentos clave, como las estrategias nacionales y los planes de acción, aún existen áreas de mejora. Específicamente, la falta de estrategias de empoderamiento e interseccionalidad, que son comunes en las políticas de igualdad, limita la efectividad de las intervenciones preventivas. Unas conclusiones muy similares a las encontradas por Fernández Rodríguez, Dema Moreno y Fontanil Gómez ([2020](#)) en *Género y políticas sobre drogas en España: avances y limitaciones*. Estas medidas podrían contribuir significativamente a la mejora de la calidad y eficacia de las políticas de prevención, haciendo que los programas sean más inclusivos y sensibles a las diferencias de género en el tratamiento de las adicciones ([Fernández et al., 2024](#)).

Estudios recientes en España demuestran que los roles de género influyen en el inicio y desarrollo de conductas adictivas y los riesgos asociados pueden diferir entre hombres y mujeres. Ramírez de Arellano ([2022](#)) aborda con profundidad estas diferencias en el consumo de sustancias y conductas adictivas, destacando la feminización de problemas como el consumo de hipnosedantes y las dependencias emocionales. Asimismo, señala cómo los estigmas de género y las desigualdades estructurales influyen en la percepción del riesgo y las barreras de acceso a los servicios preventivos. Otro ejemplo es [Romo-Avilés, A \(2024\)](#), quien argumentó que las mujeres a menudo enfrentan barreras adicionales para acceder a servicios de apoyo debido a estigmas sociales o limitaciones en la atención especializada. En cambio, los hombres, en general, tienen un mayor acceso a programas de tratamiento, pero también enfrentan presiones sociales relacionadas con la demostración de su masculinidad, lo que puede llevar a conductas de riesgo, incluido el consumo excesivo de sustancias.

En esta misma línea, estudios recientes destacan cómo el género puede influir en los patrones de uso de tecnología y en el desarrollo de problemas de juego. Por ejemplo, los hombres tienden a involucrarse más en apuestas deportivas y a tener actitudes de menor percepción de riesgo en el juego, mientras que las mujeres suelen inclinarse hacia juegos de azar en línea, como casinos y bingos, y pueden experimentar un mayor impacto emocional y financiero en caso de problemas de juego ([Brosowski et al., 2021](#); [Villella et al., 2021](#)). Además, investigaciones sobre adolescentes italianos han identificado diferencias de género en los factores de riesgo asociados con el juego. Los chicos son más propensos a desarrollar problemas de juego, y estos problemas tienden a estar ligados a actividades de alto riesgo y comportamientos impulsivos. En contraste, el juego en las chicas está más asociado con factores psicológicos, como la baja cohesión familiar, y se observa que un entorno familiar fuerte puede actuar como un factor protector para ambos géneros ([Villella et al., 2021](#)).

Por otro lado, la **interseccionalidad** permite una visión integral al considerar cómo otros factores, como la situación migratoria, la clase social o la orientación sexual, influyen en la vulnerabilidad frente a las adicciones y en la eficacia de las intervenciones preventivas. Los grupos vulnerables, como personas migrantes o en situación de exclusión social, requieren un enfoque específico que considere sus experiencias y contextos particulares. Informes como el de la *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) sobre género y drogas evidencian que los enfoques generalistas pueden resultar inadecuados para abordar estas complejidades y que es necesario adaptar las estrategias a estas realidades diversas. Así mismo, en España, la obra *Repensando la prevención* (González de Audikana de la Hera, 2017) enfatiza la importancia de incorporar enfoques específicos para poblaciones en mayor riesgo y atender las necesidades diferenciales de género.

Otros enfoques clave para HIGIEA han sido los estudios recientes de Episteme Social, los cuales han explorado en qué medida los programas de prevención existentes abordan de manera efectiva las necesidades reales de sus destinatarios, proponiendo mejoras para garantizar una mayor equidad y efectividad en los resultados. Estos trabajos también han puesto un énfasis especial en la evaluación de la efectividad de las políticas públicas y en la identificación de buenas prácticas en el ámbito de la atención sociosanitaria, con un foco particular en las poblaciones vulnerables. Un ejemplo destacado es el estudio *Procesos de empoderamiento y acceso a derechos en las poblaciones (semi) ocultas drogodependientes* ([Episteme Social, 2022](#)), que examina el impacto de los recursos y las políticas públicas dirigidas a mejorar la calidad de vida y el acceso a derechos de estas poblaciones. De igual manera, la investigación *Diké. Condicionantes sociales en la salud y el estilo de vida de las poblaciones ocultas con problemas de*

adicciones ([Episteme Social, 2023](#)) subraya la importancia de identificar prácticas efectivas en la atención y prevención de adicciones, integrando un análisis detallado de los condicionantes sociales que influyen en la salud y el bienestar de estos colectivos.

Perspectiva psicosocial

Desde una perspectiva más psicológica, la obra de Ramírez de Arellano (2022) destaca el vínculo entre las conductas adictivas y factores psicosociales, como la baja percepción del riesgo, la búsqueda de sensaciones, el estrés y la falta de habilidades socioemocionales. Sugiere que, para abordar estas problemáticas, las estrategias preventivas deben centrarse en promover habilidades para la vida, fortalecer la resiliencia y fomentar la educación emocional desde edades tempranas. Asimismo, enfatiza la necesidad de integrar la prevención de adicciones con iniciativas de salud mental, dada la relación entre estas problemáticas.

Desde una perspectiva más social, las investigaciones de Martínez-Oró ofrecen un marco de referencia sobre el cambio en las dinámicas de consumo en la sociedad actual. En su libro *Sin pasarse de la raya. La normalización de los consumos de drogas* ([2015](#)), el autor analiza cómo los consumos de drogas en España se han integrado en la vida cotidiana de ciertos sectores sociales desde los años 80 y destaca cómo el consumo de drogas ha pasado a formar parte de lo cotidiano en ciertos sectores de la sociedad. Un fenómeno que influye directamente en la efectividad y el diseño de los programas preventivos. Este proceso de normalización no implica necesariamente la generalización de problemas graves, como los asociados al consumo de heroína en los 80, pero sí señala cómo las drogas han dejado de ser símbolo de marginalidad para algunos colectivos y han pasado a ser funcionales en diversos contextos. Al cambiar la percepción social y cultural hacia las drogas, representa un reto para las políticas de prevención, que deben adaptarse para abordar esta integración de los consumos en la vida cotidiana sin caer en enfoques punitivos o estigmatizantes.

Otra referencia importante que abordó la influencia social y los factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias fue el metaanálisis realizado por Fernández, Nebot y Jané ([2002](#)), titulado: *Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los metaanálisis?* Los autores exploran el impacto de diversas intervenciones preventivas en el ámbito escolar en España, enfocadas en el consumo de sustancias como el tabaco, el alcohol y el cannabis entre adolescentes. Los autores enfatizan la necesidad de que los programas de prevención estén basados en teorías de cambio conductual y que

incluyan evaluaciones para medir su efectividad en el tiempo. Además, sugieren algunas medidas que contribuyen significativamente a su éxito. Por ejemplo, proporcionar asesoramiento continuo a los mediadores, ofrecer incentivos psicológicos y materiales, y permitir ciertas adaptaciones del programa a las características al contexto cultural y social de los jóvenes, considerando sus necesidades específicas y reforzando los contenidos a través de sesiones adicionales. Concluyen que los enfoques más efectivos son aquellos que incluyen metodologías interactivas, participación de los iguales «*peer education*» y capacitación de los y las profesores.

HIGIEA incorpora esta perspectiva psicosocial, de género e interseccionalidad en sus análisis, con el fin de ofrecer recomendaciones que promuevan una prevención inclusiva y adaptada. La inclusión de estos enfoques transversales en todas las fases del proyecto – desde el diseño hasta la evaluación – marca un avance significativo en el desarrollo de programas de prevención de adicciones más efectivos y equitativos. Al integrar estas dimensiones, HIGIEA pretende construir un modelo preventivo que responda mejor a la diversidad de realidades sociales, que sean accesibles y relevantes para todos los colectivos, en especial a aquellos que históricamente han enfrentado barreras en el acceso a servicios preventivos.

Prevención y reducción de riesgos

En el contexto de la prevención de adicciones, los enfoques de reducción de daños se han consolidado como estrategias complementarias que buscan minimizar las consecuencias negativas del consumo de sustancias, en lugar de enfocarse exclusivamente en la abstinencia. Estas intervenciones reconocen la complejidad de los comportamientos adictivos y ofrecen alternativas basadas en la gestión de riesgos y la adaptación continua de los programas.

[Energy Control](#) se destaca en España por desarrollar marcos de intervención innovadores en este ámbito. También cuentan con el Observatorio de consumos, riesgos y cuidados ([Vidal, C. et al., 2023](#)), en el cual, a grandes rasgos, pretenden mejorar la atención socio sanitaria a personas que hacen un consumo recreativo de sustancias psicoactivas. Los autores orientan el diseño de acciones adaptadas y eficaces de reducción de riesgos a través de la identificación y estudio de sus prácticas y hábitos de consumo. Asimismo, la *Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente* (UNAD, [2021](#)) ha promovido intervenciones preventivas dirigidas a minimizar los riesgos asociados al consumo de sustancias y a otras conductas adictivas como la

sensibilización sobre consumos responsables, reducción del estigma y fomento de prácticas seguras.

Estas organizaciones implementan programas que, desde una perspectiva de salud pública, proporcionan herramientas de reducción de daños reconocidas a nivel estatal, enfocándose en la minimización de riesgos tanto en entornos de consumo recreativo como en contextos comunitarios. Su trabajo destaca por la aplicación de intervenciones personalizadas que contemplan tanto el consumo de sustancias como las adicciones comportamentales, brindando soporte a colectivos diversos en distintas realidades sociales y económicas.

Un ejemplo en la literatura sobre la reducción de riesgos y daños que llenó un vacío teórico y metodológico y amplió los conocimientos generados en los últimos años fue el manual titulado *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas* (2013) de Martínez-Oró, D. P y Pallarés, J. (2013). Este ofreció una revisión de la situación actual en el contexto español y dotó de herramientas para realizar intervenciones efectivas, sensatas y pragmáticas, alejándose del enfoque prohibicionista que aún prevalece en muchas políticas de drogas. Este enfoque tradicional no solo ha fracasado en reducir el consumo, sino que también ha generado consecuencias adversas. Este manual aboga por intervenciones que incorporen una visión más equilibrada entre riesgos y placeres, teniendo en consideración la cultura del consumo y el contexto social en el que se consumen.

La literatura técnica existente sobre estos modelos resalta su enfoque inclusivo y flexible, adaptándose tanto a los patrones de consumo como a los contextos específicos de cada grupo destinatario. Estas intervenciones permiten que los programas sean más efectivos en la reducción de daños asociados a adicciones, ajustándose a las características y comportamientos de los diferentes tipos de usuarios. Este enfoque es fundamental para HIGIEA, ya que aborda tanto las adicciones comportamentales como el consumo de sustancias desde una perspectiva de salud pública que sea altamente inclusiva y efectiva. Además, la adaptabilidad de los modelos de reducción de daños permite su integración en las políticas de salud pública, especialmente en un contexto preventivo en el que cada vez más se reconocen las limitaciones de los enfoques restrictivos (Fernández et al., 2024).

2. Marco conceptual de HIGIEA

El abordaje preventivo de las adicciones en el ámbito de la salud pública ha experimentado una evolución significativa a lo largo de las últimas décadas. Inicialmente centrado en la simple transmisión de información sobre los peligros del consumo de drogas, el

enfoque preventivo ha adoptado, progresivamente, una visión más amplia que incluye factores de riesgo y protección, contextos socioculturales y políticas públicas transversales.

El análisis **multinivel** fue uno de los principales ejes teóricos del proyecto HIGIEA. Este enfoque sostiene que los programas preventivos deben ser evaluados no solo desde el impacto directo que generan en los individuos, sino también considerando el entorno más amplio en el que estos programas se implementan para analizar cómo afectan en las dinámicas sociales y estructurales del entorno. Tal como señala la *Guia Pràctica d'Avaluació dels Plans Locals de Prevenció d'Addiccions (2023)*, los planes locales de prevención deben ser coherentes tanto a nivel interno (planificación, implementación y evaluación) como externo (contexto social, cultural y político en el que operan). Este marco multinivel incluye varios niveles:

- **Individual.** Los cambios en actitudes, conocimientos y comportamientos relacionados con el consumo de sustancias o conductas adictivas.
- **Comunitario.** Los factores sociales y ambientales, como el apoyo comunitario, la disponibilidad de servicios y la cohesión social, y cómo influyen en los resultados preventivos.
- **Institucional.** La capacidad de las instituciones locales y nacionales para diseñar, implementar y evaluar programas efectivos y sostenibles.

Otro aspecto del marco conceptual fue la **calidad en la implementación** de los programas preventivos. De acuerdo con la literatura revisada, la eficacia de una intervención depende tanto de su diseño como de su implementación adecuada. Sin embargo, la mayoría de los planes locales y programas preventivos evaluados en España se han centrado en garantizar una amplia cobertura de actividades preventivas, pero han prestado poca atención a la **coherencia interna** y la evaluación de su impacto a largo plazo.

La calidad de una intervención no solo se refiere a la fidelidad con que se lleva a cabo el programa (eficacia), sino también a la capacidad de adaptar las acciones a las necesidades específicas del público objetivo. Según el proyecto HIGIEA, los programas efectivos deben estar alineados con las características sociodemográficas, culturales y psicosociales de las poblaciones destinatarias, lo que incluye la capacidad de ajustarse a las realidades cambiantes del consumo de drogas y conductas adictivas. Además, la implementación de **protocolos de evaluación continua** hace que los programas puedan ser ajustados sobre la marcha, algo que ha sido ampliamente promovido en estudios previos sobre la prevención de adicciones.

Además, la **perspectiva de género e interseccionalidad** es otro componente del marco conceptual del proyecto HIGIEA. Las investigaciones más recientes en el campo

de las adicciones han demostrado que las experiencias y trayectorias de hombres y mujeres con respecto al consumo de sustancias y conductas adictivas son diferentes, no solo en cuanto a los patrones de uso, sino también en cuanto a los factores que los impulsan y las barreras que enfrentan para acceder a servicios preventivos o de tratamiento. Además, las mujeres suelen estar subrepresentadas en estudios sobre prevención y, cuando están incluidas, los programas no siempre tienen en cuenta sus necesidades específicas, derivadas de roles de género, violencia de género o responsabilidades familiares.

El proyecto HIGIEA tiene en consideración el concepto de interseccionalidad, que reconoce que las personas no experimentan el riesgo o la protección de manera uniforme, sino que estos factores se intersecan con otras dimensiones de identidad, como la clase social, la etnia, la edad y la orientación sexual. Incorporar una mirada interseccional implica diseñar programas preventivos que aborden estas múltiples capas de vulnerabilidad, asegurando que los recursos lleguen de manera equitativa a todas las poblaciones afectadas por las adicciones.

Finalmente, HIGIEA adoptó un **modelo lógico de evaluación**, que es un marco teórico ampliamente utilizado en la planificación y evaluación de programas de salud pública. Este modelo establece una relación causal entre los recursos invertidos, las actividades implementadas y los resultados esperados y garantiza que las acciones preventivas se diseñen y ejecuten con objetivos medibles. Por ejemplo, que exista un **sistema de indicadores** que permita evaluar su efectividad de manera continua.

El **modelo lógico** estructura el proceso preventivo en:

- **Recursos.** La financiación, personal y materiales necesarios para ejecutar las acciones preventivas.
- **Actividades.** Las intervenciones propiamente dichas, como talleres, campañas o grupos de apoyo.
- **Resultados inmediatos.** Los cambios inmediatos en el conocimiento, actitudes y comportamientos de las personas participantes.
- **Resultados a largo plazo.** El impacto sostenido en la reducción del consumo de sustancias, las conductas de riesgo y el fortalecimiento de factores de protección.

El marco conceptual de HIGIEA marca como elementos esenciales para la mejora de los programas preventivos la relevancia de la evaluación continua y la necesidad de recursos y formación específica. La incorporación de las mejores prácticas, basadas en la evidencia científica y la experiencia, refuerza la capacidad de generar intervenciones

que no solo sean eficaces, sino también sostenibles y adecuadas a las dinámicas sociales y culturales del entorno.

3. Objetivos

General:

- Generar conocimiento científico con criterios de excelencia y perspectiva de género, orientado a mejorar la calidad de los programas, proyectos y planes de prevención de las adicciones en España.

Específicos:

1. Conocer la «arquitectura» de la prevención de las adicciones en el contexto español.
2. Caracterizar, con perspectiva de género, los distintos perfiles de los y las profesionales que trabajan en la prevención.
3. Detectar las debilidades y dificultades que afectan la ejecución de una prevención de calidad, tanto en los distintos territorios como en los diversos perfiles profesionales.
4. Analizar, desde una perspectiva de género, el desfase entre las necesidades preventivas reales en materia de adicciones y las acciones preventivas actualmente aplicadas en los territorios.
5. Examinar las acciones preventivas diseñadas según la evidencia científica, bajo una perspectiva de género.
6. Identificar las acciones preventivas que se implementan y que, según la evidencia científica, resultan ineficaces.
7. Detectar las debilidades, carencias y dificultades en la implementación de sistemas de evaluación que estén alineados con las acciones preventivas desarrolladas.
8. Realizar un análisis comparativo de la aplicación de la prevención de adicciones entre los distintos territorios, identificando semejanzas y diferencias en cuanto a su implementación y resultados.
9. Conceptualizar cómo la prevención basada en la tradición se ha «naturalizado» y cómo ello dificulta la implementación de acciones preventivas sustentadas en la evidencia científica.
10. Proponer acciones concretas y accesibles que contribuyan a la mejora de la calidad de la prevención en los distintos territorios.

11. Generar conocimiento sobre el impacto de las desigualdades de género en las acciones preventivas.
12. Recomendar estrategias, con enfoque de género, que mejoren la calidad de la prevención de las adicciones en España.

4. Alcance

En cuanto a la población estudiada, se incluyó a un conjunto diverso de profesionales involucrados/as en la prevención de adicciones tanto en las encuestas como en las entrevistas, con una muestra total de 141 encuestas completadas y 27 entrevistas en profundidad. Los y las profesionales provinieron de diferentes comunidades autónomas, y los perfiles de las personas participantes abarcaron una amplia variedad de roles dentro del sistema de prevención, desde técnicos municipales y regionales hasta profesionales de entidades del tercer sector, lo que enriqueció el análisis de las diferentes realidades en las que se implementan los programas preventivos.

El análisis de los perfiles de las personas participantes fue bastante detallado, para ello, preguntamos sobre su posición laboral dentro de las instituciones o entidades en las que desarrollan su labor, el número de años de experiencia que tenían en el campo de la prevención, y su formación académica y titulaciones. Además, exploramos el entorno laboral en el que operaban, identificando los recursos y limitaciones que enfrentaban en sus respectivos contextos. Asimismo, analizamos el ámbito de trabajo de estos/as profesionales, ya que algunos/as se concentraban en la prevención comunitaria, mientras que otros/as lo hacían en entornos educativos, laborales o sanitarios. La especialización en el área de adicciones también es un punto crítico del análisis, ya que permite identificar a quienes poseen formación específica en prevención de adicciones en contraste con aquellos que, a pesar de trabajar en este campo, no cuentan con una especialización formal. Esto se complementa con un análisis de los tipos de adicciones con las que trabajan estos/as profesionales, lo que permite observar si existe una adecuación entre las necesidades reales de los territorios y las áreas de intervención prioritizadas.

Otro aspecto relevante fue el análisis de las estrategias de intervención que los y las profesionales utilizaban en sus actividades preventivas, lo cual nos permite identificar tanto las prácticas basadas en la evidencia científica como aquellas que, aunque ampliamente difundidas, carecen de respaldo empírico sobre su efectividad. En este sentido, también profundizamos en el alcance territorial de las acciones preventivas, representando las particularidades entre las comunidades autónomas y provincias, así

como los desafíos específicos que cada contexto territorial podía presentar en términos de diseño, implementación y evaluación de los programas.

4.1. Perfil de las personas participantes

En las entrevistas, participaron 27 profesionales, de los/las cuales 17 fueron mujeres y 10 hombres. Por otro lado, entre las 205 personas que respondieron su género en el **cuestionario**, la mayoría se identificó con el género femenino (139, el 68%), seguido del masculino (62, el 30%). Por último, tres personas se identificaron con el género “No binario” y una con “Otros” (ver *Ilustración 1*).

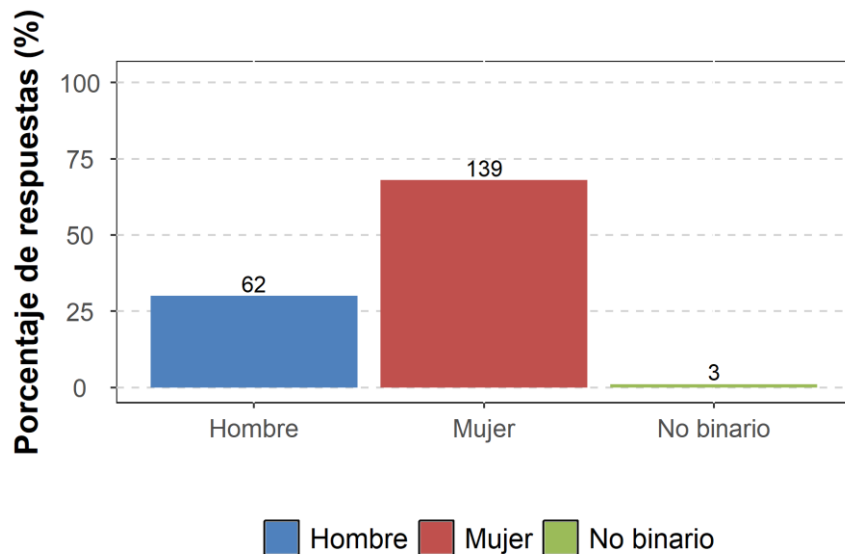


Ilustración 1.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto según el género con el que se identifica el participante en el cuestionario.

La **edad** de las personas participantes del cuestionario varió ampliamente, desde los/las jóvenes profesionales (desde 24 años) hasta personas con una extensa trayectoria en el campo de la prevención de adicciones (hasta 74 años). Este rango de edades permitió captar diversas perspectivas, desde las innovaciones aportadas por los y las profesionales más jóvenes hasta la experiencia consolidada de las personas participantes de mayor edad. En la *Ilustración 2* mostramos que la mediana estuvo entre los 50 y 55 años en ambos géneros, siendo la dispersión algo mayor y con una tendencia hacia una edad menor en las mujeres.

INTRODUCCIÓN

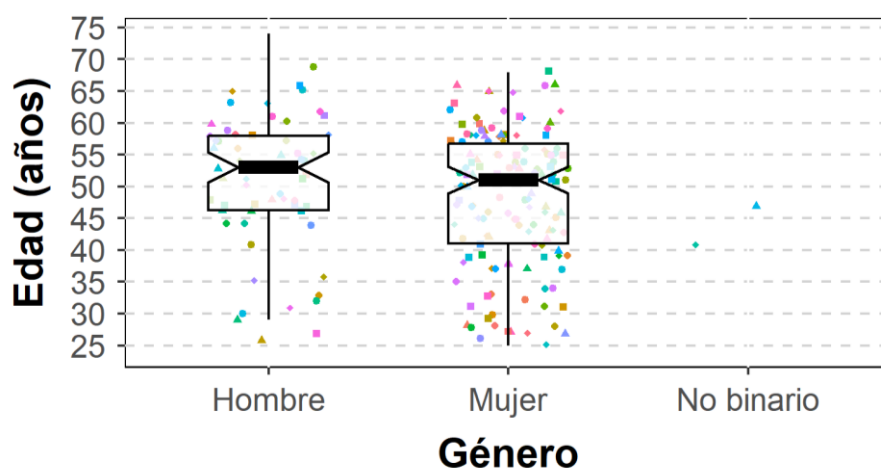


Ilustración 2.- Edad en años según el género de las personas participantes del cuestionario. Nota: datos representados a través de un diagrama de cajas en el que la línea en negrita es la mediana. La muesca es el intervalo de confianza del 95%. La caja y los bigotes son los rangos intercuartílicos.

4.2. Posición laboral

Para asegurar la pertinencia y relevancia de los resultados obtenidos en el **cuestionario** HIGIEA, preguntamos a todas las personas encuestadas si trabajaban o estaban relacionadas con el ámbito de la prevención de adicciones; en caso contrario, fueron descartadas de los resultados presentados en este informe. Como presentamos en la *Ilustración 3*, la mayoría de los y las participantes fueron técnicos/as, seguidos de responsables o coordinadores/as, profesionales y voluntarios/as, lo que reflejó una estructura jerárquica y diversa en los resultados.

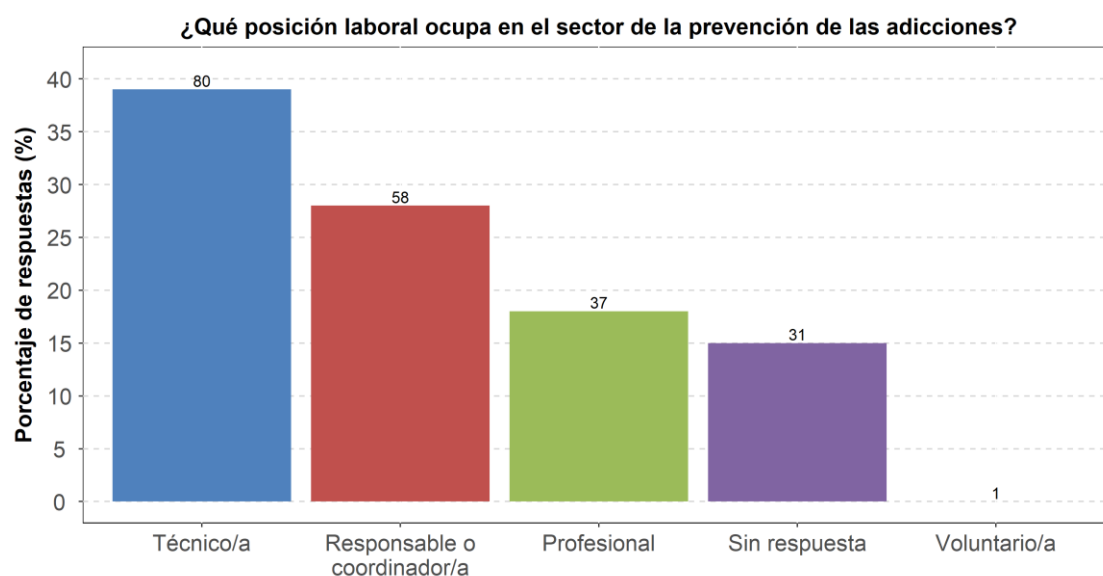


Ilustración 3.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de la posición laboral que ocupa el participante en el sector de la prevención de las adicciones.

Por lo que respecta a las **entrevistas**, la mayoría de las personas entrevistadas nos especificó su ocupación en roles de coordinación y gestión, centrados principalmente en salud pública, educación y programas comunitarios. Consideramos **responsables** a aquellos/as que lideran o coordinan proyectos de prevención en sus entidades, manejan equipos o tienen roles de supervisión y gestión. Por otro lado, el personal **técnico** fue aquel que ejecutó proyectos de prevención sin un rol de liderazgo o gestión, con responsabilidades prácticas en lugar de estratégicas. Por último, consideramos dentro de la categoría de **profesionales** del ámbito de la prevención a todas aquellas personas expertas con experiencia o especialización que contribuyen al conocimiento y desarrollo del ámbito de prevención sin estar en un rol de implementación práctica directa.

Para entrar en detalle, un 40% de los y las entrevistados/as fueron coordinadores/as de programas de prevención, tanto del ámbito local como estatal. Un 22% trabajó en instituciones públicas. Y un 17% trabajó en el tercer sector enfocados en poblaciones vulnerables. Uno de los ámbitos más trabajados, como ya hemos mencionado con anterioridad, fue el educativo, un 17% de los y las profesionales confirmaron trabajar en él. Finalmente, con el porcentaje minoritario, un 9% aproximadamente, encontramos las personas entrevistadas que trabajaron realizando consultorías internacionales o de formación profesional.

4.3. Años trabajando en la prevención

El tiempo que las personas participantes del **cuestionario** reportaron trabajar en la prevención de adicciones varió considerablemente, desde aquellos/as con un año de experiencia hasta profesionales con más de 30 años en el sector. Este rango de experiencia aportó una valiosa diversidad de perspectivas, reflejando tanto la adopción de nuevas metodologías como en enfoques consolidados y la diversidad de opiniones en las diversas fases de desarrollo de los proyectos de prevención dependiendo la experiencia en el área (ver *Ilustración 4*).

INTRODUCCIÓN

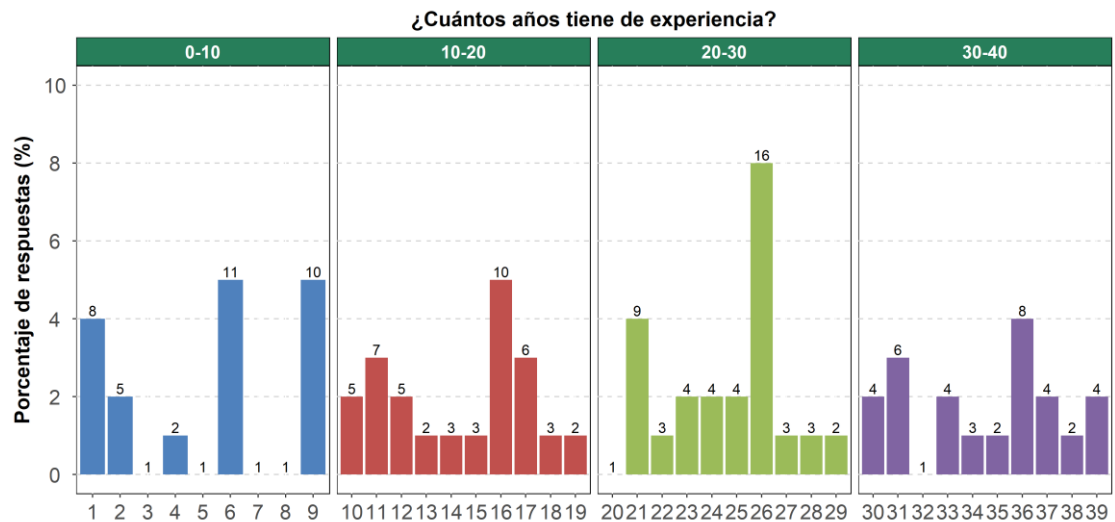


Ilustración 4.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de los años específicos y los rangos de años de experiencia (de 10 en 10) respondidos que han trabajado o han estado relacionados con el sector de la prevención de las adicciones.

La mediana obtenida de todas las personas participantes del cuestionario fue de **21 años**, con una dispersión de entre 10 y 28 años. Según la *Ilustración 5*, hubo diferencias entre géneros en las que los hombres afirmaron tener una mayor experiencia en el sector (mediana de 24 años) con diferencias estadísticamente significativas con respecto a las mujeres (mediana de 17 años). Además, como era esperado, las personas con mayor experiencia también fueron los que tenían una mayor edad.

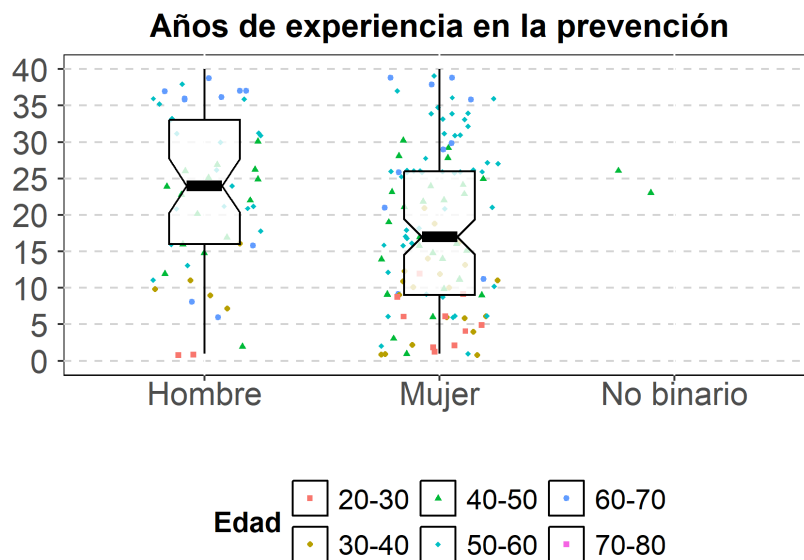


Ilustración 5.- Edad en años según el género de las personas participantes del cuestionario. Nota: datos representados a través de un diagrama de cajas en el que la línea en negra es la mediana. La muesca es el intervalo de confianza del 95%. La caja y los bigotes son los rangos intercuartílicos.

Por lo que respecta a las **entrevistas**, el rango de edades en los cuales los y las entrevistados/as llevaban trabajando en prevención, fue de 1 a 40 años, el promedio de los cuales se ubicó en 21,4 años. Desagregando los datos por género, el rango de años de experiencia de los hombres se situó entre los 12 y los 40 años, y el de las mujeres entre 1 y 36 años. Los promedios los dos grupos fueron de 25,1 y 19,2 años, respectivamente.

4.4. Formación académica y titulaciones

Las personas participantes en el **cuestionario** presentaron un elevado nivel de formación académica, con una mayoría que poseía estudios de grado o licenciatura, másteres o formación profesional en áreas relacionadas con la prevención de adicciones, como psicología, trabajo social, educación social y medicina (ver *Ilustración 6 y 7*).

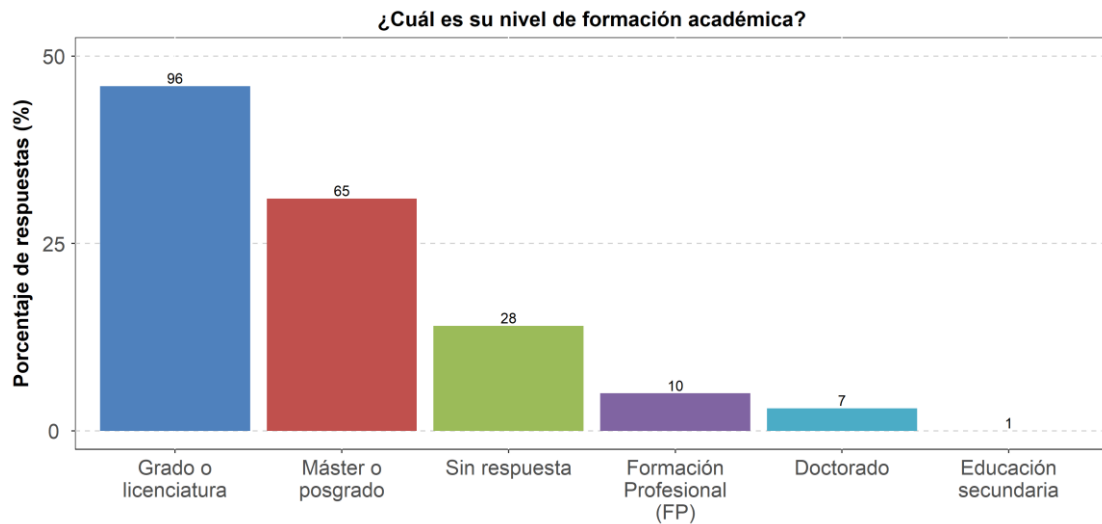


Ilustración 6.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de cada nivel de formación académica de las personas participantes del cuestionario.

INTRODUCCIÓN

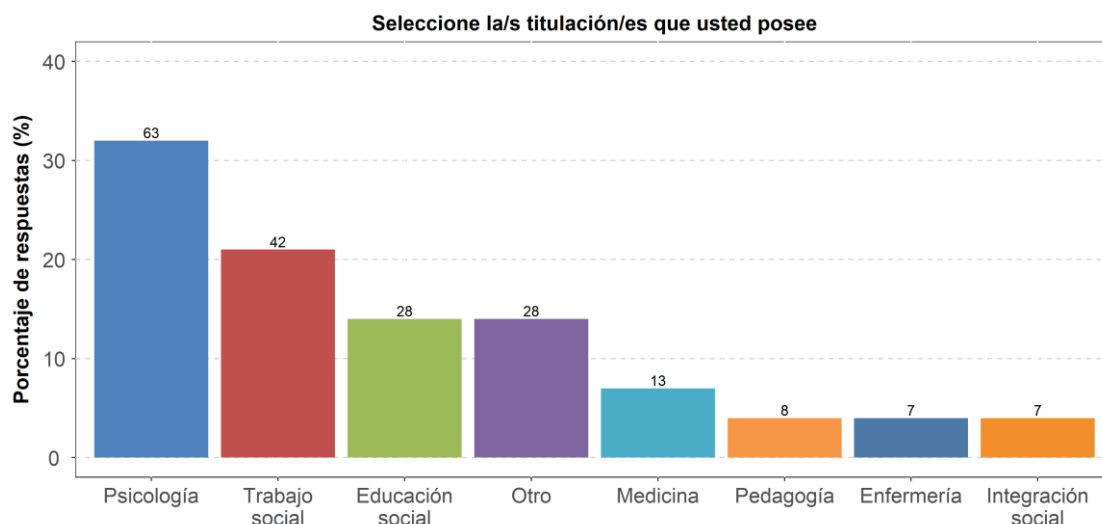


Ilustración 7.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de cada titulación que poseen las personas participantes del cuestionario.

En la categoría "Otro" del cuestionario, se recogieron 28 respuestas con una notable diversidad en las titulaciones académicas. La Administración y Gestión fue una de las áreas más mencionadas, con 6 participantes que señalaron formación en Administración de Empresas, Grado superior administrativo o simplemente Administración. Otra área destacada fue la Sociología, que recibió 6 menciones y Derecho, que fue mencionado por 4 participantes.

Además, se registraron 2 menciones en Filosofía y otras 2 en Química. En el área de la Educación, 3 participantes señalaron formación en Magisterio y Educación Infantil. También surgieron menciones puntuales a disciplinas como la Antropología, Biología, y Geografía e Historia, mostrando la variedad de perspectivas que contribuyen al trabajo en la prevención de adicciones.

El 56% de las personas **entrevistadas** que especificaron su formación académica, afirmaron tener una formación de grado en psicología, educación o trabajo social. Un 13% de los y las profesionales comunicó que su formación estaba relacionada con los campos de la medicina o la enfermería. Por último, un 9% afirmó contar con un doctorado.

Si nos centramos en las especializaciones, un 22% cursó másteres relacionados con adicciones y prevención, un 17% aproximadamente afirmó haber realizado postgrados o formaciones continuas tanto en ámbito de la drogodependencia como en otros ámbitos, principalmente de salud pública o psicología social. Parte de las personas entrevistadas, 26%, también constataron haber realizado cursos cortos o seminarios de formación para su actualización profesional.

4.5. Entorno laboral

De las 192 personas que respondieron en el cuestionario sobre su entorno laboral, la mayoría trabajaba en **entidades gubernamentales (EG)**, con 86 participantes (43,2%), seguido por **organizaciones no gubernamentales (ONG)**, que agrupaba a 59 personas (28,6%). Otros entornos representados incluían el sector privado y comunidades o clínicas, ambos con 14 participantes (7,3% cada uno). Solo 6 personas (2,6%) indicaron trabajar en **instituciones académicas**.

En las respuestas cualitativas sobre el tipo de entorno laboral de quienes seleccionaron la opción "**Otro**" (22 respuestas, 11%), varios temas fueron recurrentes. Un grupo significativo de respuestas mencionó el trabajo en asociaciones sin ánimo de lucro, fundaciones y entidades sociales. Esto refuerza la idea de que gran parte de los esfuerzos preventivos en este ámbito proviene del tercer sector, donde organizaciones no gubernamentales juegan un papel importante. También mencionaron servicios sociales y atención primaria de salud o hicieron referencia a organismos públicos, como entidades locales, ayuntamientos y diputaciones provinciales. Algunas menciones más específicas incluyeron centros de salud especializados en adicciones y centros de tratamiento ambulatorio (ver *Ilustración 8*).

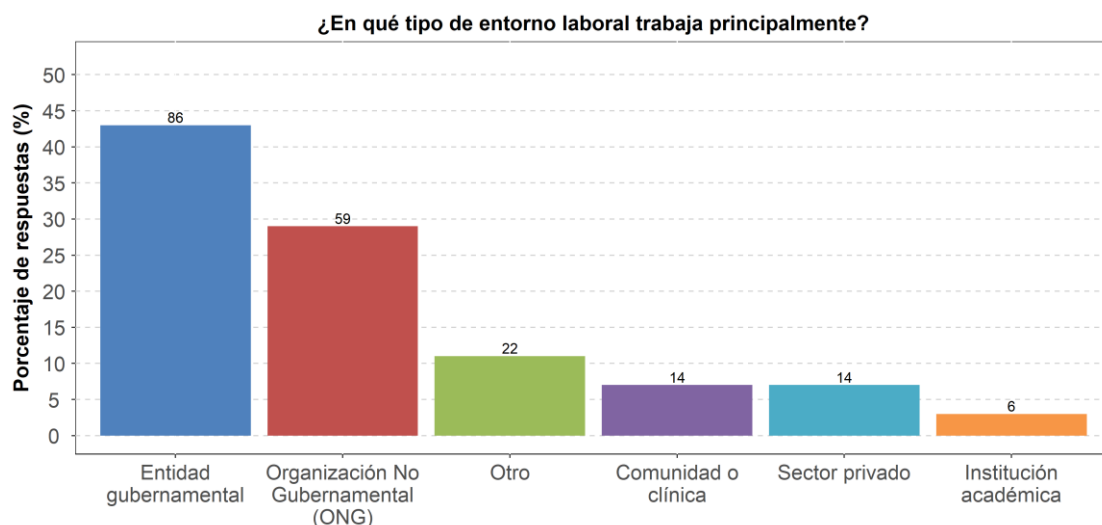


Ilustración 8.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de cada entorno laboral en los que trabajan las personas participantes del cuestionario.

4.6. Ámbito de trabajo

Respecto al ámbito de trabajo, el más común fue la **comunidad**, con 134 personas (22%) que señalaron trabajar en este contexto. Otros ámbitos destacados incluyeron el **familiar** (120 respuestas, 19,5%) y el **escolar** (99 respuestas, 16,5%). Ámbitos menos

INTRODUCCIÓN

comunes, pero relevantes, fueron el **ocio nocturno** y el **ámbito ambiental**, ambos con 28 respuestas (4,7% cada uno). Ámbitos como la **gestión** y los **comportamentales** también fueron mencionados por 40 (6,4%) y 68 (11,3%) personas, respectivamente (ver *Ilustración 9*).

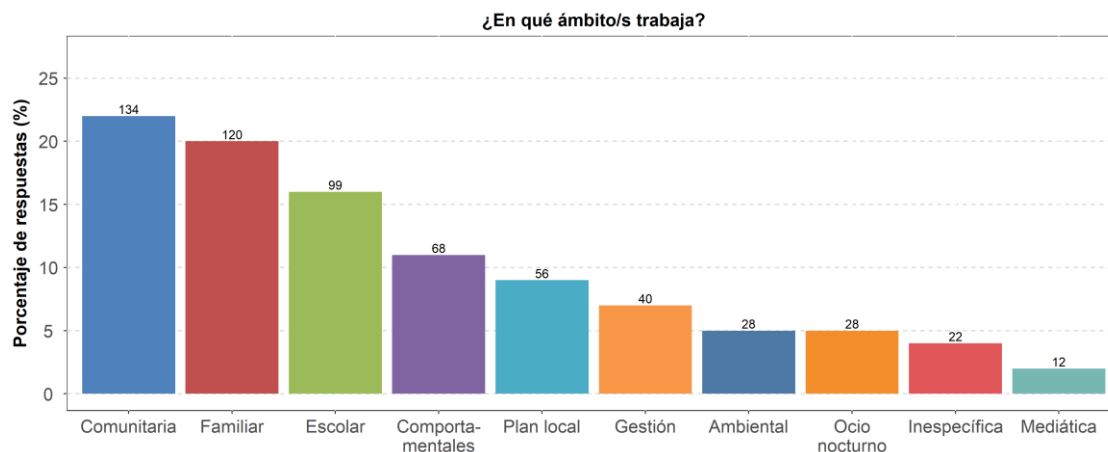


Ilustración 9.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de cada entorno laboral en los que trabajan las personas participantes del cuestionario.

Si tenemos en cuenta los ámbitos de trabajo de las personas **entrevistadas**, la mayoría de ellas, el 65% aproximadamente, se enfocaban en adolescentes y jóvenes adultos de entre 12 y 25 años en diferentes ámbitos transversalmente. También nos comunicaron ámbitos como el familiar, alrededor de un 25% y en un 10% nos especificaron que trabajaban primordialmente con población adulta o a nivel comunitario.

4.7. Especialización en el área

En cuanto a las áreas de especialización, la **intervención directa** fue la más común, representada por 94 participantes (36%), seguida de la **coordinación de programas**, con 77 personas (29%). La **educación y concienciación** también tuvo un peso significativo, con 67 respuestas (26%). Menos común, pero no menos importante, fue la **evaluación y monitoreo de programas**, que agrupó a 15 personas (6%). Otros campos, como la **investigación y otros**, fueron mencionados por solo 7 participantes (2%), ver *Ilustración 10*.

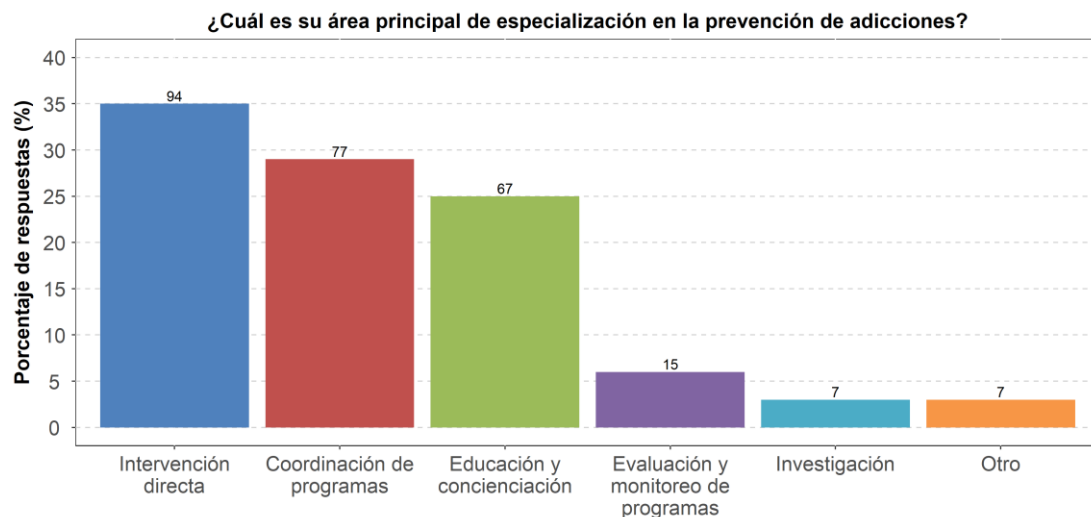


Ilustración 10.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de cada área principal de especialización de las personas participantes del cuestionario.

En cuanto a las respuestas de aquellos/as que indicaron "Otro", una de las áreas mencionadas fue la prevención primaria, que se enfoca en evitar el desarrollo de adicciones a través de intervenciones tempranas, principalmente en jóvenes. También señalaron intervenciones más específicas, como la asesoría para adolescentes y familias, acogida y seguimiento, el control de la abstinencia y la reducción de daños, que busca minimizar las consecuencias negativas del consumo de sustancias sin necesariamente enfocarse en la abstinencia. Esto refleja la creciente importancia de este enfoque dentro del campo de la prevención, especialmente en contextos donde la erradicación completa del consumo no es posible a corto plazo. Finalmente, también mencionaron la justificación de programas, es decir, una especialización en la evaluación y presentación de resultados para asegurar el financiamiento y la viabilidad de los programas de prevención.

4.8. Tipos de adicciones que trabaja

En cuanto a los tipos de adicciones abordadas por las personas participantes, las **adicciones a sustancias** fueron las más frecuentes, con 182 menciones (29%). Le siguieron las **adicciones tecnológicas**, mencionadas por 153 personas (25%), y las **adicciones a juegos de azar**, con 125 respuestas (20%). Un 6% de las personas participantes (42 personas) mencionaron estar trabajando en adicciones **emergentes**, mientras que las **adicciones relacionadas con las compras** y el **sexo** fueron mencionadas por 42 y 41 (7%) personas, respectivamente.

Otras adicciones menos mencionadas incluyeron las **alimentarias** (34 respuestas, 5%) y otras no especificadas, con 8 menciones (1%) (ver *Ilustración 11*). Entre estas

INTRODUCCIÓN

respuestas más específicas, algunos/as mencionaron el **tabaco**, la **pornografía** y las adicciones relacionadas con el **deporte o el gimnasio**, lo que subraya la aparición de nuevas formas de dependencia conductual.

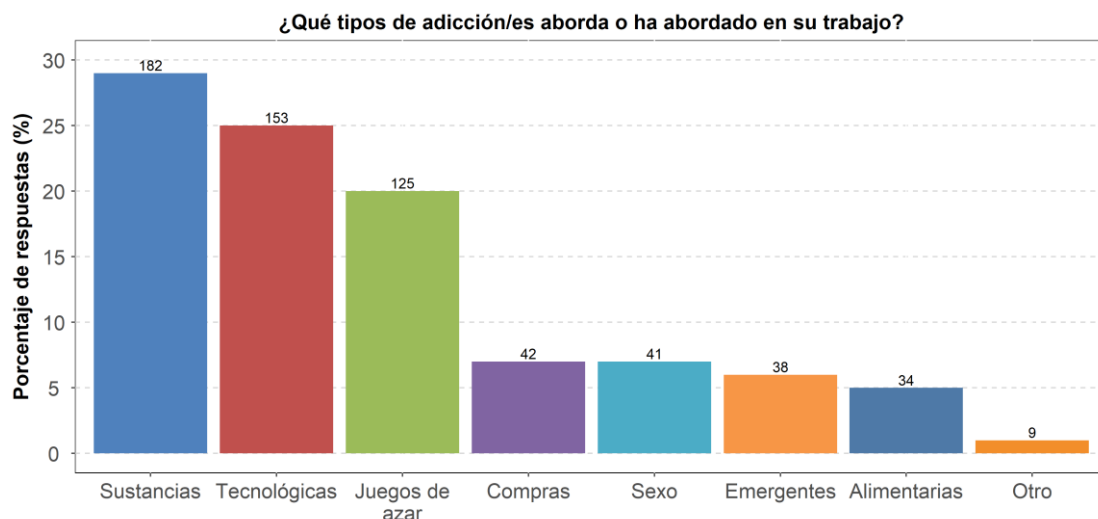


Ilustración 11.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de cada tipo de adicción que han abordado las personas participantes del cuestionario.

Además, una respuesta destacó la intervención en **relaciones** adictivas, lo que indica un enfoque en patrones de dependencia emocional o afectiva, un área de creciente interés en la prevención de adicciones. También mencionaron programas universales como el desarrollo de habilidades para la vida, que ayudan a prevenir múltiples tipos de adicciones.

Cuando preguntamos sobre el tipo de sustancia que trabajaban los y las **entrevistados/as**, encontramos dos categorías principales: adicciones a sustancias y adicciones comportamentales. Por un lado, si hablamos de adicciones a sustancias, el 65% de los y las profesionales especificaron trabajar con el alcohol, sustancia seguida por el tabaco y el cannabis con un porcentaje aproximado del 43% en ambos casos. Por lo que respecta a otros tipos de sustancias como pueden ser, cocaína, crack, MDMA, heroína y opioides sintéticos se especificaron alrededor de un 30%. Finalmente, de manera puntual, algunas personas entrevistadas especificaron tratar con psicofármacos.

Por otro lado, si tenemos en cuenta las adicciones comportamentales, un elevado número de profesionales, el 43%, coincidieron en estar tratando de manera continuada aspectos como puede ser el uso problemático de tecnologías (pantallas). A este dato, lo siguieron específicamente el uso de videojuegos, con un 26%, las apuestas deportivas y los juegos de azar con un 22% y las redes sociales con un 13%. Por lo que respecta a usos problemáticos minoritarios, entorno del 4 al 9% de las personas

entrevistadas mencionó estar trabajando con adicciones a las compras y adicciones de carácter sexual, entre otras.

Finalmente, la mayoría de las personas entrevistadas comunicaron que la prevención de sustancias fue en jóvenes y adolescentes, en contextos recreativos, como pueden ser espacios de ocio o fiestas señaladas. Por lo que respecta a la prevención de adicciones comportamentales estas reportaron ser una preocupación en auge, que se trabaja principalmente con población joven.

4.9. Estrategias de intervención utilizadas

En el análisis de las respuestas acerca de las estrategias utilizadas habitualmente en la prevención de adicciones, observamos que las personas participantes implementaban una amplia variedad de enfoques, tanto tradicionales como innovadores (ver *Ilustración 12*).

Las estrategias más comúnmente utilizadas fueron los **programas educativos en escuelas** y los **talleres comunitarios**, ambos seleccionados por una gran parte de las personas encuestadas. Estas estrategias son esenciales en la prevención primaria, especialmente en contextos juveniles y comunitarios, donde la intervención temprana es muy importante. Junto a las **campañas de concienciación pública**, las **intervenciones individuales o familiares** jugaron un rol clave, especialmente cuando se trata de intervenciones más focalizadas en personas o grupos vulnerables.

A su vez, también hubo participantes que contribuyeron a la creación de un marco regulatorio que favorece la implementación de programas preventivos más efectivos y sostenibles, los cuales marcaron la casilla de **elaboración de políticas**.

Por último, se mencionaron las intervenciones y las terapias **grupales**, las cuales son fundamentales para crear redes de apoyo entre los afectados y promover la recuperación en entornos de confianza. Asimismo, algunas respuestas mencionaron el uso de **actividades lúdicas**, como un *Escape room* sobre redes sociales o casinos. También se destacó la prospección de pacientes en la calle, internet y boca a boca, una estrategia más personalizada y directa para identificar casos en riesgo.

La **formación a profesionales** y la **capacitación a mediadores** fueron mencionadas una vez, así como enfoques como la intervención en **reducción de riesgos y daños** y la promoción comunitaria de **hábitos saludables**.

INTRODUCCIÓN

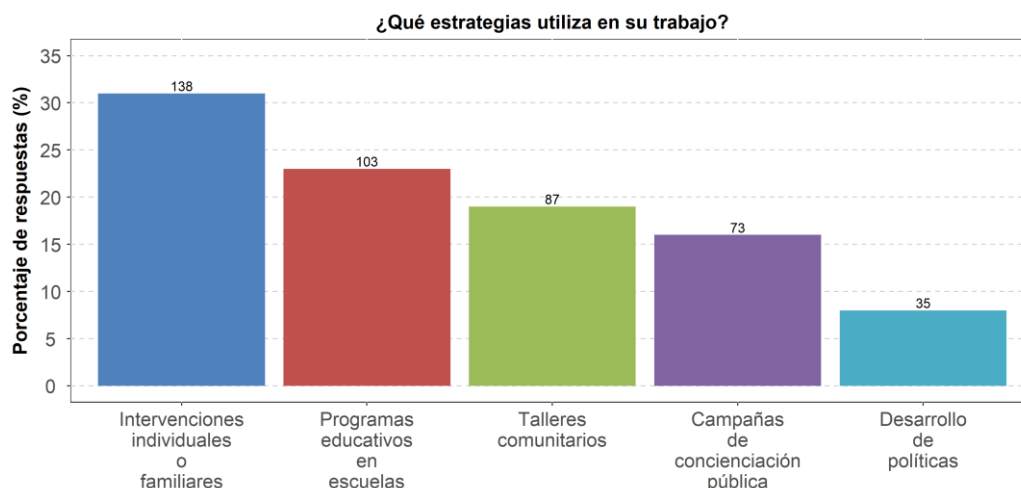


Ilustración 12.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de cada tipo de estrategias de intervención que aplican las personas participantes del cuestionario.

4.10. Alcance territorial: CCAA y provincias

El alcance territorial de las actividades de prevención varió, con programas que se desarrollan a nivel municipal, provincial, autonómico e incluso estatal. La distribución territorial asegura que los esfuerzos de prevención se adapten a las necesidades locales, al tiempo que mantienen coherencia con las directrices nacionales y europeas (ver *Ilustración 13*).

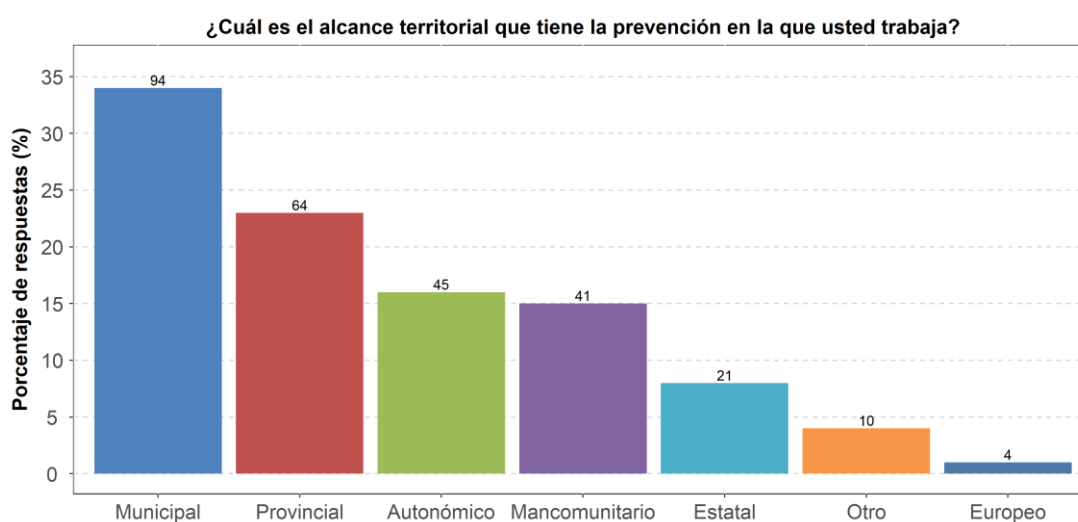


Ilustración 13.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de cada tipo de alcance territorial que abordan las personas participantes del cuestionario.

En nuestro estudio, obtuvimos una distribución variada, siendo la municipal la más altamente frecuente (94 respuestas, 34% de la muestra), seguido de la provincial, autonómica, mancomunal, estatal y, por último, cuatro respuestas de alcance europeo. En otros, 7 personas mencionaron que trabajaban a un alcance "Comarcal", lo que representa aproximadamente el 2,5% del total de respuestas y dos personas a nivel municipal, representando menos del 1%.

Registramos una amplia distribución geográfica entre las personas participantes, pudiendo elegir de forma múltiple las respuestas. La mayor representación la obtuvo **Andalucía** (79 respuestas, 17,6%), seguida de **Cataluña**, **Aragón** y **Castilla y León** (ver *Ilustración 13*).

En **Andalucía**, las provincias más representadas fueron Cádiz, con 16 respuestas, y Huelva, con 13, seguidas de Almería, Sevilla y Granada, con 12, 12 y 8 respuestas, respectivamente. En **Cataluña**, Barcelona destacó con 22 respuestas, sumando un total de 45 respuestas (9,7%) en la comunidad. También hubo participación en Girona, Lleida y Tarragona, con entre 6 y 9 respuestas por provincia. En **Aragón**, se recogieron 42 respuestas (9,3%), siendo Zaragoza la provincia más representada. **Castilla y León** aportó 35 respuestas (7,8%), con las provincias de Burgos, León y Salamanca registrando 5 respuestas cada una. Segovia y Valladolid sumaron 4 y 6 respuestas, respectivamente. En **Madrid** se obtuvieron 5 respuestas, y en la **Comunidad Valenciana** solo 1 respuesta en Valencia. Otras comunidades como **Galicia**, con 4 respuestas, **Canarias** con 8 y **Castilla-La Mancha** con 1 en Toledo, tuvieron una participación más baja. Provincias como **Navarra**, **Cantabria**, **La Rioja** y las ciudades autónomas de **Ceuta** y **Melilla** no registraron respuestas en nuestra encuesta.

INTRODUCCIÓN

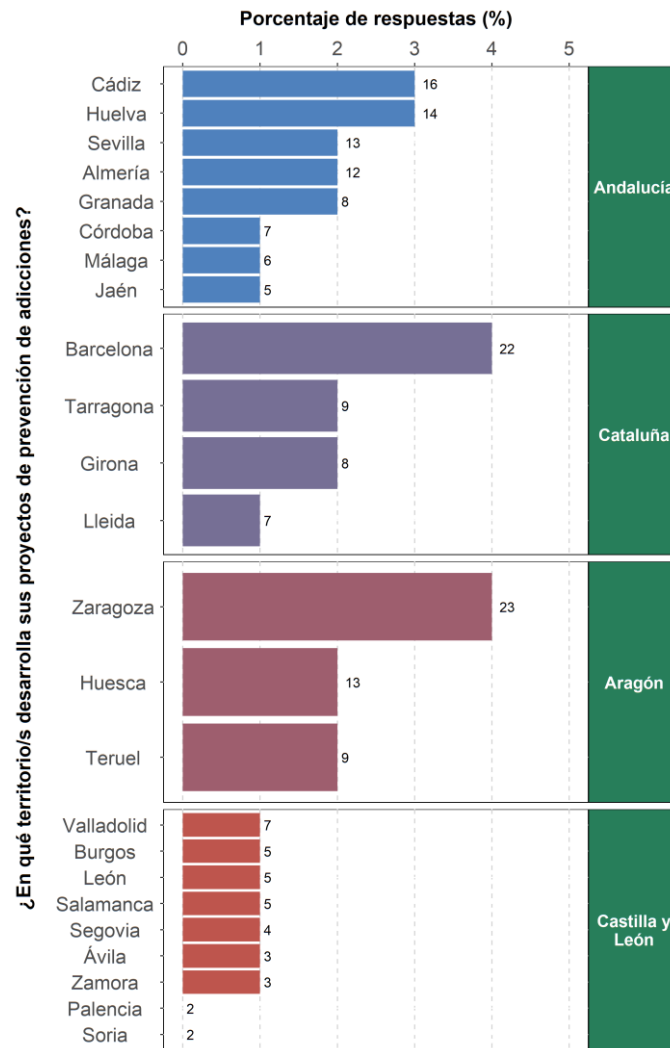


Ilustración 14.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de cada provincia y Comunidad Autónoma en las que trabajan las personas participantes del cuestionario.

Por lo que respecta al ámbito territorial donde trabajaban las personas **entrevistadas**, un 35% mencionó trabajar a nivel autonómico o regional, un 25% aproximadamente especificó trabajar a nivel estatal, un 20% trabajó en el ámbito local y, finalmente, un 10% constató tener un alcance internacional. Es importante destacar que en algunas ocasiones especificaron que su ocupación requería, en ocasiones, trabajar paralelamente en proyectos de distinto alcance territorial.

Metodología

Para desarrollar el proyecto HIGIEA, implementamos una metodología de **enfoque mixto** que integró un análisis cuantitativo y cualitativo, para evaluar de forma multidimensional la calidad, efectividad y necesidad de mejora en los programas de prevención de adicciones en España. Primero, revisamos la literatura, luego pasamos a realizar todo el trabajo de campo a través de cuestionarios y entrevistas a profesionales del área y, finalmente, redactamos y difundimos el presente informe. A continuación, explicamos las fases y métodos de cada componente.

Revisión, diseño y preparación

La primera fase del proyecto consistió en una revisión de la literatura científica, para entender el panorama de los programas de prevención de adicciones tanto en España como en Europa, identificando así prácticas efectivas, desafíos y brechas de conocimiento. Buscamos principalmente información relacionada con la calidad, implementación y evaluación de programas preventivos de adicciones, con especial énfasis en la integración de la perspectiva de género en estos programas. Para ello, consultamos bases de datos académicas como SCOPUS y *Psycinfo*, además de literatura gris, como informes técnicos de entidades nacionales e internacionales o específicos de autores y organizaciones con reconocida trayectoria en prevención en España.

Los Estándares Europeos de Calidad en Prevención y el Currículum de Prevención Europeo (EUPC) fueron analizados para contrastarlos con la realidad nacional y poder fundamentar las necesidades del estudio HIGIEA en cuanto a formación y calidad en prevención. A su vez, permitió identificar las mejores prácticas, y las lagunas existentes en la evidencia científica actual; y fue fundamental para el diseño del trabajo de campo.

Realizamos el diseño del estudio con un enfoque de género transversal, parametrizando los objetivos del proyecto y preparando diferentes herramientas metodológicas para la recolección de datos. Los cuestionarios para los y las profesionales, así como los guiones de las entrevistas cualitativas fueron diseñados paralelamente para asegurar que cada instrumento reflejara los objetivos planteados y facilitara su análisis comparativo posterior, complementando la información cuantitativa con la cualitativa y viceversa.

Los instrumentos de recopilación de datos fueron diseñados en función de los objetivos de HIGIEA y de la experiencia previa en el ámbito de la prevención. Los guiones

de entrevista, creados para alinearse con las metas del proyecto, contemplaron preguntas ajustadas a cada perfil de participante: técnicos, coordinadores, profesionales del Tercer Sector y responsables de planes locales. Cada guion fue diseñado para obtener una perspectiva matizada de cada rol, teniendo en cuenta el conocimiento especializado del puesto de trabajo y las áreas clave de interés para el estudio.

La recopilación y análisis de datos fue realizada íntegramente por los investigadores principales del proyecto. Para asegurar el cumplimiento ético en la recopilación de datos, las personas participantes de las entrevistas firmaron un consentimiento informado, en el cual se detallaron los objetivos del estudio y los aspectos de confidencialidad. Este documento tuvo el objetivo de que su identidad fuera preservada y que las transcripciones, en caso de ser utilizadas en publicaciones, serían anonimizadas para evitar cualquier posibilidad de identificación. Además, las personas participantes recibieron una ficha técnica previa a la entrevista, la cual proporcionaba información esencial sobre el proyecto HIGIEA, incluyendo sus objetivos y metodología. Esta ficha facilitó la comprensión del propósito del estudio y fomentó una participación informada y voluntaria.

Trabajo de campo

El trabajo de campo consistió en dos metodologías: cuestionarios y entrevistas. La captación de participantes para el cuestionario fue facilitada mediante la difusión de este en diversos foros y páginas web relacionadas con la prevención y las adicciones en todas las CCAA, así como pedimos a contactos clave en el sector de prevención de adicciones que compartieran el enlace, permitiendo un muestreo todavía amplio y representativo del territorio español. Para la selección de las personas participantes de las entrevistas, utilizamos un muestreo intencionado, enfocado en captar perfiles relevantes y con experiencia consolidada en la prevención de adicciones en España a través de contactos bien establecidos en el sector y profesionales de referencia en diferentes Comunidades Autónomas. De esta forma, obtuvimos una representación amplia de diferentes perfiles, con conocimientos específicos y con un alto conocimiento de las prácticas y desafíos en la prevención de adicciones a nivel territorial y nacional.

El cuestionario fue diseñado y aplicado mediante el software *LimeSurvey*. Fue aplicado a un total de 278 profesionales de la prevención de adicciones, se diseñó con el objetivo de obtener un panorama general sobre las tareas y desafíos en las diferentes fases de los programas, con especial énfasis en la calidad, efectividad y perspectiva de género. De estos 278 cuestionarios, 141 fueron completados íntegramente, mientras que 137 se respondieron de forma parcial. Estos profesionales, distribuidos por diversas

comunidades autónomas, representaban una diversidad de perfiles laborales: desde técnicos en el ámbito gubernamental hasta trabajadores de ONG especializadas en adicciones.

Las preguntas estaban orientadas a recoger información en varias dimensiones: características sociodemográficas, formación y experiencia profesional, ámbito de trabajo, tipos de adicciones abordadas y las estrategias preventivas utilizadas. A su vez, se incluyeron preguntas relacionadas con el diseño, la implementación y la evaluación de programas de prevención, indagando en la percepción de los y las profesionales respecto a su frecuencia y dificultad de las acciones específicas de cada fase. Para un análisis más detallado y comparativo, cruzamos variables como género, años de experiencia en el área y si trabajaban en el sector gubernamental o en ONG.

En cuanto a la recolección de datos cualitativos, realizamos 27 entrevistas a coordinadores, técnicos y profesionales de la prevención de diferentes comunidades autónomas, seleccionados a partir de una lista inicial de 52 personas contactadas por correo electrónico. Las personas participantes incluían educadores sociales, psicólogos, trabajadores sociales y coordinadores de programas de prevención, que trabajan en diversos contextos, como organismos públicos, organizaciones no gubernamentales y entidades comunitarias. Las entrevistas fueron conducidas por videollamada a través de *Microsoft Teams* o mediante llamadas telefónicas, con una duración promedio de entre 45 y 50 minutos.

Las entrevistas se realizaron siguiendo los guiones personalizados previamente preparados, aunque de forma flexible, lo que permitió profundizar en temas emergentes durante las conversaciones. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas mediante el software *Transkriptor*, traducidas en caso necesario y los posibles errores del software fueron corregidos para su posterior análisis sistemático.

Análisis de datos

Cualitativo

En el análisis cualitativo, utilizamos *Atlas.ti* para la organización y codificación de las transcripciones de las entrevistas. Llevamos a cabo la codificación sistemática de forma manual y automática con revisiones, lo que permitió no solo una síntesis de las entrevistas, sino también la extracción de citas textuales representativas, que incluimos en el informe para ilustrar puntos de especial interés. Además, creamos un documento resumen en el que vaciamos toda la información proporcionada en todas las entrevistas de forma sintética en todos y cada uno de los apartados prediseñados para las entrevistas. De esta forma, pudimos obtener una visión global de lo que las personas entrevistadas

nos contaron en cada uno de los puntos que después también preguntamos en el cuestionario y, al mismo tiempo, esto nos permitió realizar una comparación sistemática entre los datos obtenidos de ambas metodologías.

Además, este software facilitó la generación de nubes de palabras y tablas de coocurrencias, permitiendo identificar patrones y temas emergentes en los discursos de las personas participantes. La codificación inicial se basó en una estructura de codificación jerárquica con categorías predefinidas, como calidad y efectividad de los programas, integración de la perspectiva de género y sostenibilidad. Además de las categorías mencionadas, también empleamos otros subcódigos específicos para detallar aspectos relevantes para la investigación. Por ejemplo, la relación del participante con la prevención de adicciones, el entorno laboral, su nivel de experiencia, el tipo de organización (ONG, entidad gubernamental, etc.), el ámbito de actuación (familiar, escolar, comunitario, entre otros) las estrategias de prevención empleadas o el alcance territorial de su labor (municipal, autonómico, estatal). Posteriormente, surgieron nuevas categorías emergentes en cada conversación. De esta manera, la codificación no solo identificó patrones comunes, sino que también capturó matices específicos en los discursos de las personas participantes.

Para la codificación y protección de la identidad de las personas participantes, empleamos una doble categorización: posición laboral y número de entrevista. En cuanto a la posición laboral, los roles fueron codificados como: Coordinador/a/Responsable (01), Técnico/a (02) y Profesional (03). Para la segunda categorización, colocamos el número de la entrevista para una última codificación de 2 dígitos (00 - 27) y para el cuestionario el ID de respuesta en *LimeSurvey* de 2 a 3 dígitos (40 - 317). Destacamos información textual visualmente en el informe mediante el uso de citas textuales en verde oscuro (#277e5a) para aquellos obtenidos de entrevistas, y en verde claro (#37B381) para los recogidos a través de comentarios abiertos en cuestionarios.

Cuantitativo

Para el análisis cuantitativo de las respuestas del cuestionario utilizamos *R Statistics*, una herramienta que permitió complementar los hallazgos cualitativos al proporcionar una perspectiva visual y estadística sobre las tendencias y percepciones, lo que nos permitió identificar patrones, relaciones y diferencias clave en los datos obtenidos.

Para ello, usamos tanto los **gráficos de barras** como los **diagramas de caja** (*box-plots*). Estos últimos son relevantes ya que dan una serie de ventajas frente a los otros tipos de visualizaciones. Los diagramas de caja permiten:

- Representar la **mediana**, dando un punto de referencia para el valor central de las distribuciones, en nuestro caso, una línea negrita.

- Visualizar los **rangos intercuartílicos**, que abarcan el 50% de los datos más representativos, por lo que permite ver directamente su dispersión. En este informe, se pueden ver a través de las cajas y bigotes.
- Incluir los **intervalos de confianza al 95%**, lo que da fiabilidad a los resultados ya que permite identificar si hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos. Esto se puede ver a través de las muescas que hay alrededor de las medianas.
- Detectar y analizar los **valores atípicos**, lo que permite identificar casos extremos o excepcionales.
- Mostrar las **respuestas individuales**, identificadas por cada punto, por lo que se pueden ver tanto tendencias generales como casos específicos en cada respuesta en particular y cuántas.

Los diagramas de caja se emplearon para cruzar tres variables: género, años de experiencia y tipo de entidad (ONG o gubernamental). Esto facilitó identificar discrepancias significativas entre los grupos analizados, permitiendo obtener *insights* entre estas tres variables y las percepciones de las personas participantes del cuestionario en cada una de las tareas que identificamos como claves en cada fase de desarrollo de proyectos de prevención de adicciones:

- **Género.** Las diferencias observadas en las distribuciones de los boxplots mostraron visualmente que no hubo diferencias entre géneros en la percepción de las tareas ya que hubo una participación de más del doble de mujeres en el cuestionario, con respecto a hombres.
- **Años de experiencia.** Mediante la comparación de medianas y la dispersión de los datos en los *boxplots* analizamos cómo las percepciones y prácticas evolucionan con el tiempo, así como la importancia de la experiencia para diferentes tipos de tareas en cada fase del desarrollo de proyectos.
- **Tipo de entidad.** Contrastamos entre los y las profesionales pertenecientes al Tercer Sector y aquellos de entidades gubernamentales, analizando sobre la importancia de las dinámicas organizativas en el ámbito de la prevención.

Además, aplicamos un modelo lineal generalizado (GLM) para explorar en mayor detalle las relaciones entre las fases de desarrollo de proyectos de prevención de adicciones (diseño y conceptualización, implementación, y evaluación de resultados e impacto) y las variables «frecuencia de ejecución» y «dificultad percibida». Este enfoque estadístico nos permitió evaluar el efecto principal de cada fase, el tipo de variable y la interacción entre ambos, proporcionando una visión más detallada de los datos y superando algunas limitaciones de otros análisis más básicos. Por ejemplo, a diferencia del ANOVA, el GLM permite ajustar los efectos principales y de interacción incorporando

variabilidad residual y adaptándose mejor a estructuras de datos donde las relaciones pueden no ser completamente lineales, como fue el caso de nuestros datos. El GLM nos permitió abordar las siguientes preguntas relevantes para los objetivos de HIGIEA:

1. **Diferencias entre fases de desarrollo de programas de prevención.** ¿Existen diferencias significativas en la dificultad percibida y frecuencia de ejecución según las tres fases?
2. **Impacto del tipo de evaluación (dificultad o frecuencia).** ¿El nivel de dificultad percibida o la frecuencia de ejecución afecta de igual forma en cada fase?
3. **Interacción entre fase y tipo de evaluación.** ¿La percepción de dificultad o frecuencia depende de la interacción específica entre las fases y la frecuencia de ejecución y dificultad percibida?

Mediante una integración del análisis cuantitativo con el cualitativo obtuvimos un enfoque **multidimensional** para abordar el panorama preventivo en España. Los patrones y tendencias extraídos de los datos numéricos complementaron la interpretación de los discursos cualitativos para dar una visión más completa de los desafíos y oportunidades en el ámbito de la prevención de adicciones actual.

Redacción, protección de datos y difusión

Una vez concluido el análisis de los datos cualitativos y cuantitativos, realizamos la redacción de este informe final. Este informe no solo sintetiza los hallazgos obtenidos a partir de las encuestas y entrevistas, sino que también ofrece recomendaciones específicas basadas en la evidencia recogida durante el estudio que están orientadas a mejorar la calidad de los programas preventivos de adicciones en España, con un enfoque particular en la incorporación de la perspectiva de género en todas las fases de los proyectos.

En cuanto a la protección de los datos personales, implementamos medidas de seguridad y conformidad con la normativa vigente en materia de protección de datos, en cumplimiento con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD), así como con el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) de la Unión Europea.

Todos los datos recopilados, como las grabaciones de audio y video de las entrevistas, fueron almacenados y gestionados a través de *Microsoft SharePoint*. Elegimos esta plataforma por su encriptación y su compatibilidad con la normativa europea de protección de datos, cumpliendo así con un almacenamiento seguro y confidencial. Aplicamos medidas de acceso restringido, de modo que solo el equipo autorizado que

trabajó en el proyecto tuvo acceso a los archivos. Además, una vez completado el análisis, anonimizamos las transcripciones mediante los códigos. Con el fin de asegurar el cumplimiento de la normativa y proteger la privacidad de las personas participantes, conservaremos el consentimiento informado y lo eliminaremos cinco años después de finalizar el estudio, conforme a las recomendaciones de la LOPDGDD.

Por último, la fase final fue la difusión de los resultados, tanto en redes sociales, como en entornos académicos y en foros de profesionales de la prevención de adicciones, para que los hallazgos del proyecto HIGIEA lleguen a quienes diseñan y ejecutan políticas de prevención, así como a otros actores en el campo de la salud pública y las adicciones.

En el análisis de las entrevistas realizadas en el marco del proyecto HIGIEA identificamos un conjunto de **palabras clave** y **temas recurrentes** que englobaron las tareas desempeñadas por los y las agentes de prevención de adicciones en España y las principales preocupaciones y desafíos particulares enfrentados por los y las profesionales en la prevención de adicciones. De esta forma, intentaremos establecer el panorama general y dar una comprensión holística de las prioridades y preocupaciones discutidas durante el desarrollo del proyecto.

Algunos de los términos más mencionados en las entrevistas fueron «prevención» (995 menciones) de «programas» (898 menciones), «evaluación» de resultados e impacto (468 menciones), «calidad» (155 menciones) o «efectividad» (117 menciones). Son temas transversales que estructuran los programas de prevención, y que están condicionadas por factores como el «diseño» adecuado de los programas (152 menciones), la «implementación» de las intervenciones (246 menciones), la recogida de «datos» (190 menciones), «formaciones» (375 menciones) o «cursos» (296 menciones) y la disponibilidad de «recursos» o «financiamiento» (267 menciones) y «tiempo» (232 menciones). La necesidad de contar con una perspectiva de «género» (204 menciones) también fue

un tema altamente recurrente. A continuación, analizamos los términos más frecuentes y relevantes en relación con los objetivos de HIGIEA, así como conceptos interrelacionados que fueron tratados en las entrevistas al personal técnico y coordinadores/as.

La **prevención** es el núcleo de los discursos, lo cual es comprensible dado que todas las personas coordinadoras, **técnicas** y otros/as profesionales entrevistados/as se centran en **programas** de acciones preventivas dentro del ámbito de las adicciones, tanto de **entidades** gubernamentales como organizaciones no gubernamentales.

Sin embargo, podríamos deducir que el tema más discutido es la **evaluación**, con una frecuencia muy superior a las otras palabras clave. Esto evidencia que las personas entrevistadas están abordando principalmente los mecanismos y procesos que permiten medir y juzgar el éxito de sus programas.

En general, la evaluación es vista no solo como una herramienta para medir el éxito de las intervenciones, sino como un proceso continuo que debería estar vinculado con la implementación y el diseño. Es por ello por lo que, le siguen conceptos como **implementación** y **diseño**, es decir, a la construcción y ejecución de las intervenciones preventivas. Por ejemplo, un diseño que no toma en cuenta la **evidencia** científica o las particularidades de los territorios es un obstáculo recurrente en la implementación efectiva de las acciones preventivas.

El hecho de que **calidad** y **efectividad** también aparezcan con frecuencia refleja la preocupación por la mejora continua, donde la recolección y análisis de **datos** y la medición de la efectividad juegan un papel fundamental en asegurar la calidad de los programas, por ejemplo, mediante **cuestionarios**. Sin embargo, se menciona muy frecuentemente la falta de **tiempo** y **recursos** de personal y **financiamiento**. Por ejemplo, para poder aumentar tanto el número de **sesiones** de sus **talleres** como su calidad y que sean lo más personalizados y ajustados a las características de la **población** objetivo.

Algunas de las soluciones propuestas para mejorar estas deficiencias y dificultades son el aumento de las **formaciones** y cursos. Las personas entrevistadas resaltan la necesidad de que los/as profesionales reciban capacitación continua para poder adaptar los programas a las nuevas realidades y tipos de **adicciones**, como el uso de pantallas y apuestas; así como para incorporar la perspectiva de **género** de manera efectiva en sus **intervenciones** y **acciones** preventivas que se llevan a cabo en distintos contextos y abordando **problemáticas** específicas.

2. Análisis de coocurrencia de palabras clave de las entrevistas

El análisis de coocurrencia entre las palabras clave seleccionadas («calidad», «datos», «diseño», «efectividad», «evaluación» e «implementación») nos permitió explorar las interrelaciones entre estos términos y cómo las personas entrevistadas los asocian en sus respuestas. Estas coocurrencias son útiles para identificar las prioridades y los desafíos percibidos en las diferentes fases de los programas preventivos (diseño, implementación y evaluación). En la *Tabla 1* detallamos la cantidad de veces que dos palabras clave se mencionan juntas en un mismo párrafo en las entrevistas.

Palabra clave	Calidad	Datos	Diseño	Efectividad	Evaluación	Implementación
Calidad	155	18	18	25	45	23
Datos	18	143	15	12	51	18
Diseño	18	15	188	14	82	56
Efectividad	25	12	14	122	34	24
Evaluación	45	51	82	34	468	110
Implementación	23	18	56	24	110	246

Tabla 1.- Análisis de coocurrencia entre las palabras clave seleccionadas: diseño, implementación, evaluación, calidad, efectividad y datos.

A continuación, después de analizar las relaciones entre las palabras clave y los párrafos en los que se encontraron estas correlaciones en todas las entrevistas, indicamos lo que cada relación principalmente estaría indicando en la mayoría de los casos en los que las personas entrevistadas se refirieron a ellas juntas durante las entrevistas:

- **Evaluación con Diseño (82) e Implementación (110)**, nos indicó que una evaluación adecuada requiere una integración coherente desde el diseño, y que la implementación efectiva depende del seguimiento evaluativo constante.
- **Calidad y Evaluación (45)** sugirió que las personas entrevistadas perciben que la calidad de un programa depende en gran medida de su capacidad de ser evaluado rigurosamente, es decir, destaca la relación entre la supervisión sistemática y la percepción de calidad en los resultados obtenidos.
- **Calidad y Efectividad (34)**, lo que reflejó la valoración de las personas entrevistadas de que un programa es considerado de calidad si cumple con los objetivos esperados, destacando que el éxito de las intervenciones no solo depende de una estructura sólida, sino de resultados tangibles.

- **Diseño e Implementación** (56) indicó que, aunque los programas son diseñados cuidadosamente, su puesta en marcha puede enfrentar desafíos. Las personas entrevistadas subrayan que el diseño solo se considera exitoso cuando se traduce en una implementación adecuada, a menudo afectada por la falta de recursos y datos para ajustar el proceso en tiempo real.
- **Implementación y Datos** (18) sugirió que la implementación de los programas no siempre está apoyada en suficiente información. Esta debilidad limita la capacidad de los/las profesionales para realizar ajustes sobre la marcha y optimizar los resultados. Sin embargo, normalmente solo se recogen datos en esta fase (datos de proceso) y no tanto durante la de evaluación.
- **Evaluación y Datos** (51) refleja la importancia de disponer de información adecuada para evaluar el impacto de los programas. Sin embargo, este valor muestra que el uso de datos en las evaluaciones no es tan frecuente como en otras áreas, lo que sugiere que aún existe margen para mejorar los mecanismos de recopilación de información.

3. Cuestionario y otros puntos cualitativos de las entrevistas

En este apartado, vamos a presentar los resultados obtenidos de las preguntas del cuestionario y complementaremos esta información cuantitativa con las respuestas cualitativas obtenidas a través de las entrevistas en los principales puntos del cuestionario. Después de las preguntas sobre su perfil profesional, preguntamos a los y las participantes del cuestionario si habían trabajado directamente o tenían conocimiento de cada una de las fases de desarrollo de proyectos de prevención: diseño y conceptualización, implementación y evaluación e impacto de los resultados. Si respondían que no, las preguntas no eran presentadas y pasaban a contestar directamente la siguiente fase.

La mayoría de las personas participantes (44%, 43 respuestas absolutas) trabajó o tuvo conocimiento sobre la fase de evaluación de programa, lo que refleja una atención prioritaria a la medición de impacto. Un 30% afirmó conocer sobre la fase de diseño y conceptualización (31 absolutas), mientras que un 26% indicó estar familiarizado con la fase de implementación (28 absolutas). En la *Figura 16* presentamos la visualización del cálculo de la valoración media con la que evaluaron las tareas clave de cada una de las tres fases de desarrollo de proyectos los participantes del cuestionario. En esta ilustración, observamos que la fase que consideraron más difícil fue la de evaluación de resultados e impacto, con una valoración mediana de todas las tareas clave de alta (puntuación 4, en una escala de 5) y con diferencias significativas según la muestra que representa el 95% de confianza de los datos entre los tres grupos.

A partir de esta visualización, decidimos analizar la relación entre las fases de desarrollo de proyectos y los tipos de variables (frecuencia de ejecución y dificultad percibida) mediante cálculos estadísticos más avanzados y detallados. Según la prueba de Shapiro-Wilcoxon, todas las combinaciones de fase y tipo muestran valores p significativamente bajos ($p < 0.05$), indicando que las respuestas no siguieron una distribución normal. El valor p para la prueba de Levene también fue significativo ($p = 9.18 \times 10^{-6}$), lo que indicó que tampoco las varianzas entre los grupos son homogéneas.

Por lo tanto, calculamos un *Modelo Lineal Generalizado* (GLM) con interacción entre estas categorías; ya que permitió manejar estas violaciones de las suposiciones de normalidad y homogeneidad de varianzas observadas. Además, la flexibilidad del GLM nos permitió identificar patrones en la interacción entre fases y tipos de evaluación. Detallamos los resultados específicos de cada coeficiente en el *Anexo 1*. Los resultados revelan patrones significativos que describen cómo las y los técnicos/as y otras personas profesionales perciben y enfrentan las tareas en cada etapa:

1. La fase de evaluación de resultados e impacto fue la más desafiante.

Encontramos que las tareas relacionadas con esta fase obtuvieron una puntuación significativamente mayor en dificultad percibida ($\beta = 0.43$, $p < 2 \times 10^{-12}$). Este resultado subraya la complejidad de actividades como medir indicadores, justificar resultados y realizar análisis avanzados. La percepción de alta dificultad puede estar vinculada a la necesidad de habilidades específicas como el manejo de software estadístico o técnicas de evaluación que no siempre forman parte del perfil técnico promedio.

2. La frecuencia de ejecución influye en la percepción de dificultad.

Cambiar de 'dificultad percibida' a 'frecuencia de ejecución' incrementó la valoración promedio en 0.79 ($p < 2 \times 10^{-16}$). Esto indica que las tareas realizadas frecuentemente son percibidas como menos desafiantes, lo que podría reflejar un efecto de habituación o experiencia práctica acumulada. Sin embargo, este efecto no es uniforme y varía según la fase del proyecto.

3. Hubo interacciones entre frecuencia y dificultad dependiendo las fases.

- En la fase de implementación, las tareas frecuentemente ejecutadas fueron percibidas como menos desafiantes ($\beta = -0.40$, $p = 5.09 \times 10^{-8}$), posiblemente debido a la naturaleza más operativa y directa de estas actividades, como la organización de talleres o la entrega de materiales.
- En la fase de evaluación, la relación fue más marcada ($\beta = -0.93$, $p < 2 \times 10^{-16}$), indicando que, aunque las tareas sean frecuentes, su complejidad intrínseca no disminuye proporcionalmente. Esto refuerza la idea de que la

evaluación requiere competencias especializadas que no dependen solo de la experiencia acumulada.

Estos resultados nos llevan a reflexionar sobre la importancia de ajustar las estrategias de formación y recursos de apoyo según las necesidades de cada fase. Por ejemplo, sería beneficioso ofrecer talleres prácticos enfocados en herramientas de evaluación o en la interpretación de indicadores de impacto, así como diseñar guías específicas para la implementación eficaz de actividades operativas. Además, fomentar espacios de retroalimentación puede ayudar a mitigar las percepciones de dificultad, mejorando la confianza y efectividad de los técnicos en cada fase del proyecto.

Resultados de todas las tareas de cada fase de desarrollo de proyectos

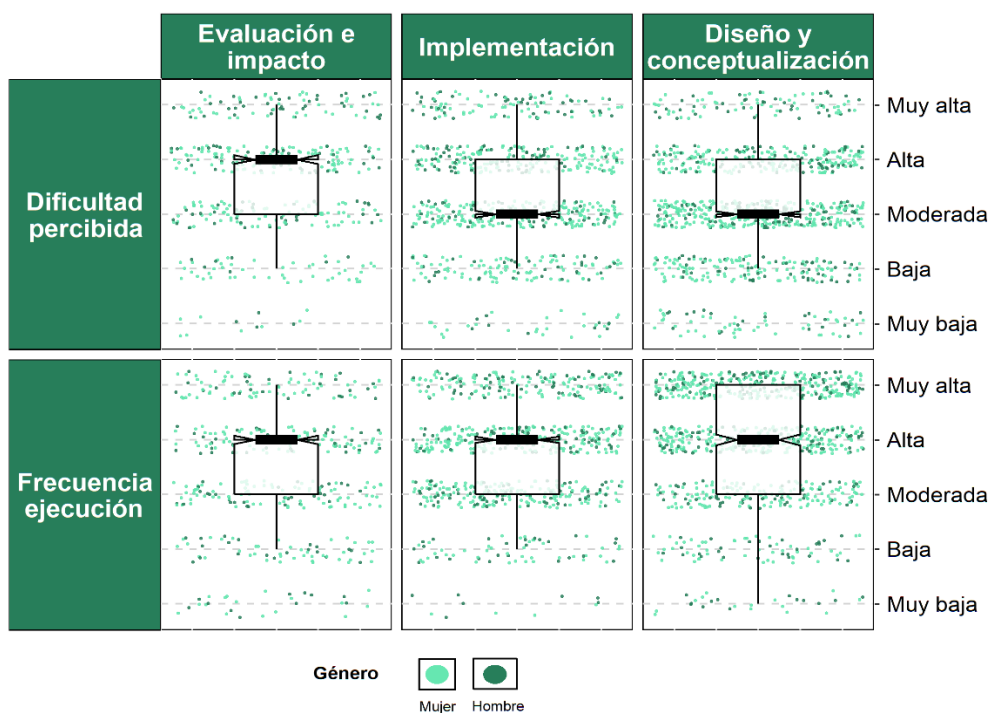


Ilustración 16.- Grado de dificultad y frecuencia de realización de medianas de todas las tareas de cada una de las fases de desarrollo de los programas de prevención según el género del participante. Nota: datos representados a través de un diagrama de cajas en el que la línea en negrita es la mediana. La muesca es el intervalo de confianza del 95%. La caja y los bigotes son los rangos intercuartílicos. Los puntos son cada respuesta individual dependiendo el género.

Fase 1: Conceptualización y diseño

1.1. Dificultades y frecuencia de realización de las tareas

En la fase de conceptualización y diseño de proyectos, analizamos tareas esenciales para asegurar la sostenibilidad, planificar la evaluación, diseñar intervenciones, revisar literatura, identificar necesidades, integrar la perspectiva de género, definir objetivos y

RESULTADOS

determinar la población objetivo. Estas tareas fueron evaluadas tanto en frecuencia de realización como en dificultad percibida por las personas participantes.

Los resultados nos indicaron que las tareas más complejas en la conceptualización y diseño de proyectos, como la planificación de la evaluación o la sostenibilidad, son vistas como esenciales para la efectividad y longevidad de los programas, pero también son las más desafiantes según las personas participantes del cuestionario con diferencias estadísticamente significativas en el nivel de dificultad en comparación con el resto de las tareas. Las otras tareas, aunque igualmente importantes, se perciben como más fáciles de ejecutar, lo que se traduce en una mayor frecuencia de realización. A continuación, detallamos los resultados específicos por tarea en la fase 1 de conceptualización y diseño de proyectos en el marco de HIGIEA.

La tarea más desafiante fue la **garantización de la sostenibilidad**, con una dificultad alta (mediana de 4/5). Esto refleja la dificultad inherente a la obtención de recursos a largo plazo y la necesidad de garantizar la continuidad de los programas una vez implementados. La *frecuencia* de esta tarea también es alta (4/5), lo que sugiere que, a pesar de la complejidad, se considera esencial abordar esta cuestión en las primeras etapas del proyecto. La mayor dispersión en las respuestas podría deberse a las diferencias entre los contextos institucionales y financieros en los que los y las profesionales trabajan.

Otra tarea percibida como desafiante fue la **planificación de la evaluación**, también con una dificultad alta (mediana de 4/5). Esta tarea es fundamental para medir el impacto y la efectividad de las intervenciones, lo que la convierte en un proceso complejo que requiere una planificación detallada y recursos. La frecuencia con la que se realiza esta tarea también es alta (4/5), pero con variabilidad, posiblemente debido a las diferencias en los enfoques de evaluación adoptados por las diferentes organizaciones involucradas en los proyectos.

Tareas clave de la fase 1 de conceptualización y diseño

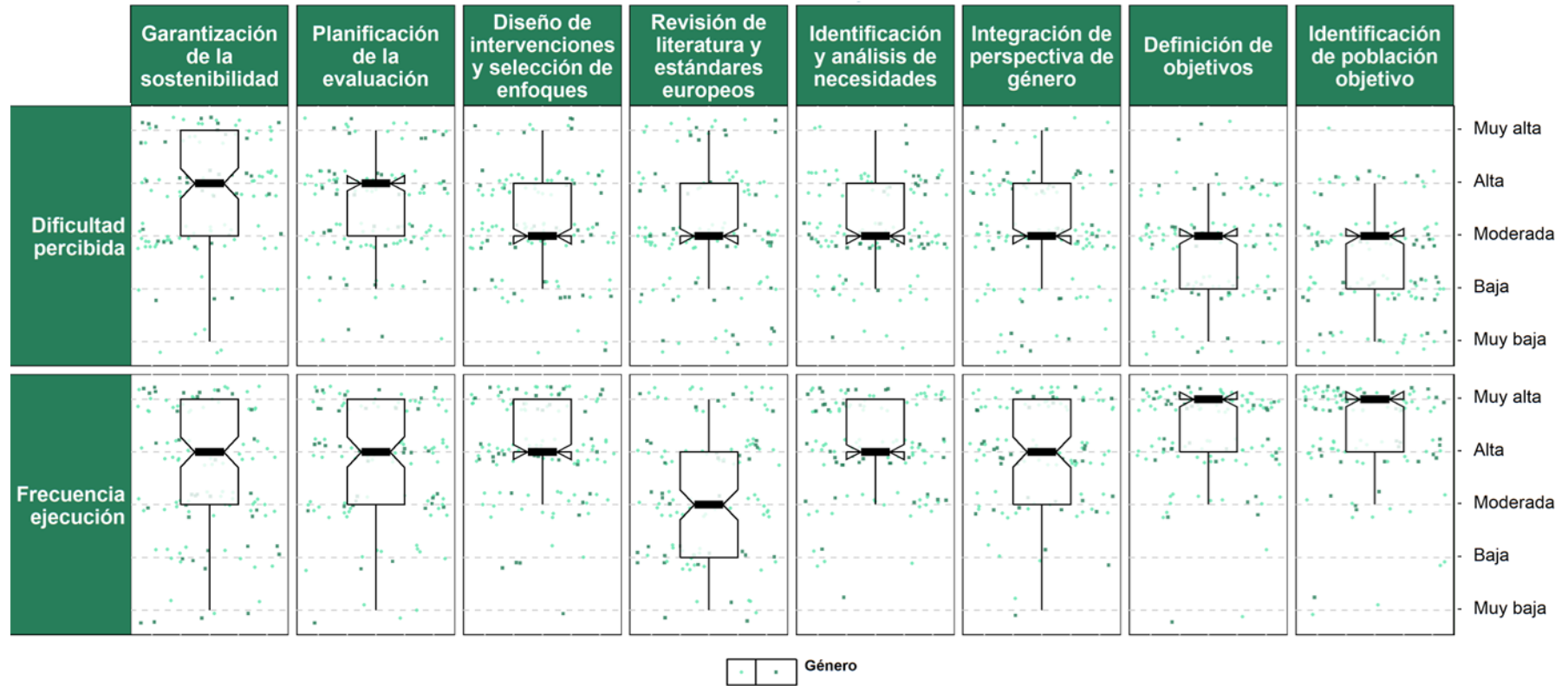


Ilustración 17.- Grado de dificultad y frecuencia de realización de las tareas de la fase de conceptualización y diseño de los programas de prevención según el género del participante.

Nota: datos representados a través de un diagrama de cajas en el que la línea en negra es la mediana. La muesca es el intervalo de confianza del 95%. La caja y los bigotes son los rangos intercuartílicos. Los puntos son cada respuesta individual dependiendo el género.

En cuanto al **diseño de intervenciones y selección de enfoques**, la dificultad fue evaluada como moderada (mediana de 3/5), aunque con tendencia a alta; y su frecuencia también fue alta (4/5). Aunque esta tarea sirve para estructurar las intervenciones, la experiencia previa de las personas profesionales en la selección de enfoques probablemente facilita su implementación, lo que puede explicar la baja percepción de dificultad. A pesar de ello, la alta frecuencia refleja que es un paso muy importante en la mayoría de los proyectos de prevención.

La **revisión de literatura y estándares europeos** fue una tarea con dificultad moderada (mediana de 3/5), aunque con tendencia a alta; pero con la frecuencia de ejecución más baja de todas las tareas de esta fase (mediana de 3/5). Aunque la revisión de literatura es fundamental para contextualizar el proyecto y alinearlos con las mejores prácticas, su menor frecuencia podría deberse a que es una tarea más técnica o menos inmediata en comparación con otras que requieren una mayor toma de decisiones operativas. Su variabilidad también fue alta, tal vez debido a diferentes ámbitos, tipos de entidades, niveles de experiencia de las personas participantes, entre otras variables. Definitivamente es una tarea que requiere de más atención.

La **identificación y análisis de necesidades** presentó una dificultad moderada (mediana de 3/5) y una frecuencia alta (4/5). Con esta tarea, se pretende adaptar las intervenciones a las realidades locales, un hecho que se ha considerado difícil de llevar a cabo en la literatura, en especial, en España y clave para la eficacia de los programas. Sin embargo, las personas participantes del cuestionario la consideraron como relativamente menos desafiante que otras (3/5), aunque con una tendencia al alza (4/5). Tal vez, debido a la existencia de metodologías consolidadas para llevarla a cabo. Por otro lado, su frecuencia alta, señala que, en la fase de conceptualización, se considera un paso especialmente importante para asegurar la pertinencia del proyecto.

En cuanto a la **integración de perspectiva de género**, la dificultad fue evaluada como moderada (mediana de 3/5), con una alta frecuencia (4/5). Su dificultad moderada con una tendencia a alta podría reflejar que las herramientas y metodologías para implementar esta perspectiva están en proceso de consolidación, lo que aún genera cierto reto y mayor capacitación de los y las profesionales para llevarla a cabo. Sin embargo, su alta frecuencia refleja el compromiso con la inclusión y la adaptación de las intervenciones a las diversas realidades de las poblaciones y que es vista como una tarea vista importante y urgente en los proyectos de prevención.

Finalmente, la **definición de objetivos** y la **identificación de población objetivo** fueron vistas como las tareas menos desafiantes, ambas con una dificultad moderada (mediana de 3/5) y una muy alta frecuencia (5/5). La frecuencia tan alta en ambas tareas indica que son fundamentales en la fase inicial de cualquier proyecto de prevención, y

que los y las profesionales están acostumbrados a realizarlas de forma regular. A su vez, esto genera que su dificultad sea más moderada ya que no implican los mismos niveles de complejidad que las tareas relacionadas con la evaluación o la sostenibilidad.

A continuación, presentamos un análisis detallado de cada tarea abordada en el cuestionario, teniendo en cuenta las dos variables principales analizadas: nivel de experiencia y tipo de entidad. Asimismo, incorporamos información relevante aportada por las personas participantes en las entrevistas sobre estas tareas clave, proporcionando una visión integral de esta fase.

1.1.1. Garantización de la sostenibilidad

En el **cuestionario**, encontramos diferencias en la frecuencia y dificultad de esta tarea dependiendo el nivel de experiencia de las y los profesionales (Alta, si más de 10 años en el sector; Baja, si menos de 10 años), así como si pertenecían a una organización no gubernamental (ONG) o entidad gubernamental (EG), ver *Ilustración 18*.

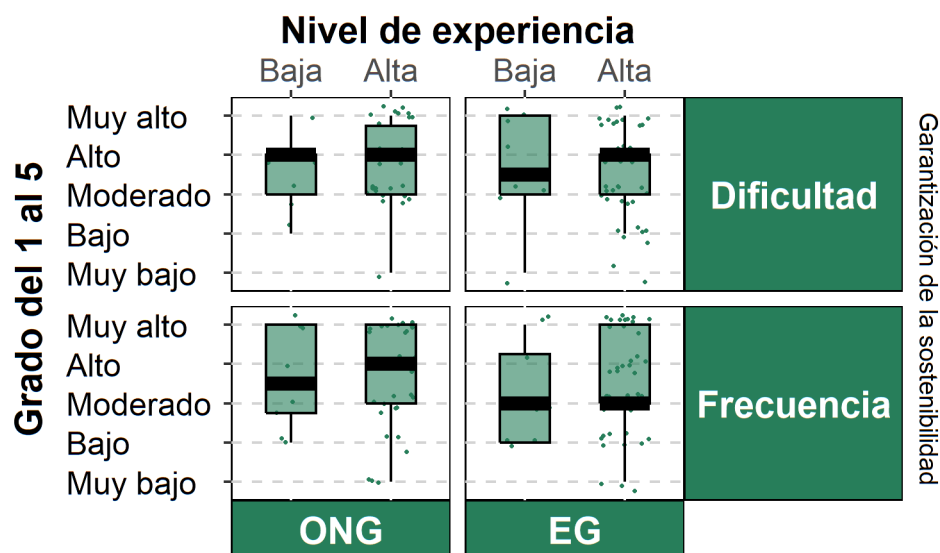


Ilustración 18.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja). Nota: El diagrama de cajas muestra la mediana (línea en negrita), los rangos intercuartílicos (caja y bigotes) y las respuestas individuales (puntos).

Las entidades del Tercer Sector reportaron realizar esta tarea con más frecuencia que las entidades gubernamentales (moderada en EG y alta en ONG). En términos de dificultad, las ONG perciben más retos (mediana 4/5) en comparación con las EG (3,5/5). Cuando analizamos la experiencia, las ONG con experiencia baja enfrentan mayores dificultades (mediana 4,0/5) que las EG en el mismo nivel de experiencia (3,5/5). Esto podría reflejar la necesidad de las ONG de buscar financiamiento y alianzas, mientras

que las EG, con recursos más estables, pueden abordar esta tarea de manera más sistemática.

En las **entrevistas**, nos expusieron este tema como un problema considerablemente importante por tres factores clave:

- **Inestabilidad financiera.** La dependencia de financiamiento público fue una de las recurrentes características que se exhibió en las entrevistas, la inestabilidad financiera caracterizada por las escasas subvenciones, mayoritariamente a corto plazo, se divisaron como una de las principales causas de inestabilidad.
- **Rotación de personal.** Estrechamente ligado con el punto anterior, la rotación de personal en el tercer sector se destacó como uno de los puntos que impide que los proyectos puedan ser desarrollados a largo plazo, lo que a su vez limita y dificulta la aplicación de acciones preventivas más efectivas. El hecho de un financiamiento inestable, propicia afectaciones en la contratación de personal, el cual se caracteriza por unos sueldos bajos y contratos de corta duración, hecho que lleva a las personas técnicas a una inestabilidad laboral que incide directamente en la calidad de los programas y en su sostenibilidad.
- **Cambios políticos.** Son un aspecto fundamental cuando hablamos de sostenibilidad en los proyectos, ya que, aunque hablaremos más extensamente de este aspecto en puntos posteriores, la falta de apoyo político o el cambio de corriente de pensamiento —ideológico y ético— por cambios en la estructura política, afectan directamente en el apoyo de los proyectos, tanto para aquellos que ya estaban en funcionamiento como para aquellos que estaban en fases más tempranas.

«Porque coincidió que hubo una concejala que estaba muy motivada, fue cuando nos incorporamos a la red y cuando empezamos a trabajar en esa línea y con la idea de ya montamos una mesa de salud a nivel municipal, de las áreas municipales, con los técnicos de las áreas y empezamos a trabajar esto y empezamos a ver la posibilidad incluso de todos los proyectos que salen a nivel municipal que tengan esa visión de salud. Pero ahí ya cambió la legislatura y en otro concejal que esto ya no lo quiso tocar y ya no avanzamos, [...], ya ahí entonces tiene que haber políticas, se necesita que a nivel político que tengamos ese nivel de concienciación, porque si no los trabajos inician, son

«Entonces eso es un poco como lo que yo..., lo que yo encuentro y a la hora de las planificaciones es eso, que ¿hasta dónde pueden ellos planificar si no saben con qué recursos cuentan al final? [...], nunca pueden planificar pensando en sostenibilidad.» (0307)

«Entonces, no, tampoco tenemos..., yo percibo en mi comunidad autónoma y en todos lados que la gente no aguanta en prevención, porque realmente el tercer sector, está muy mal pagado y luego no les das estabilidad. Es decir, estos profesionales siempre están de un lado para otro, no hay estabilidad laboral y la gente se va. Busca siempre unas condiciones

súper interesantes, pero luego se quedan ahí y luego sobre todo le falta recursos.» (0117)

de vida que en prevención no encuentran. Encuentran mucho más en tratamiento que en prevención.» (0321)

1.1.2. Planificación de la evaluación

En el **cuestionario**, encontramos diferencias en la frecuencia y dificultad de esta tarea dependiendo el nivel de experiencia de las y los profesionales (Alta, si más de 10 años en el sector; Baja, si menos de 10 años), así como si pertenecían a una organización no gubernamental (ONG) o entidad gubernamental (EG), ver *Ilustración 19*.

La planificación de la evaluación mostró una mediana de frecuencia de 4/5 en ambas entidades, destacando que fue una tarea comúnmente realizada, especialmente entre los y las profesionales experimentados de las ONG (4,5/5). Sin embargo, en cuanto a dificultad, las ONG mostró una mediana más alta (3,5/5) que las EG (3,0/5), especialmente entre las personas profesionales con experiencia baja en las ONG, quienes percibieron mayores desafíos que los de experiencia baja en EG. Esto podría estar relacionado con expectativas más elevadas en términos de calidad y profundidad de las evaluaciones, en contraste con las EG, que podrían apoyarse más en protocolos estandarizados.

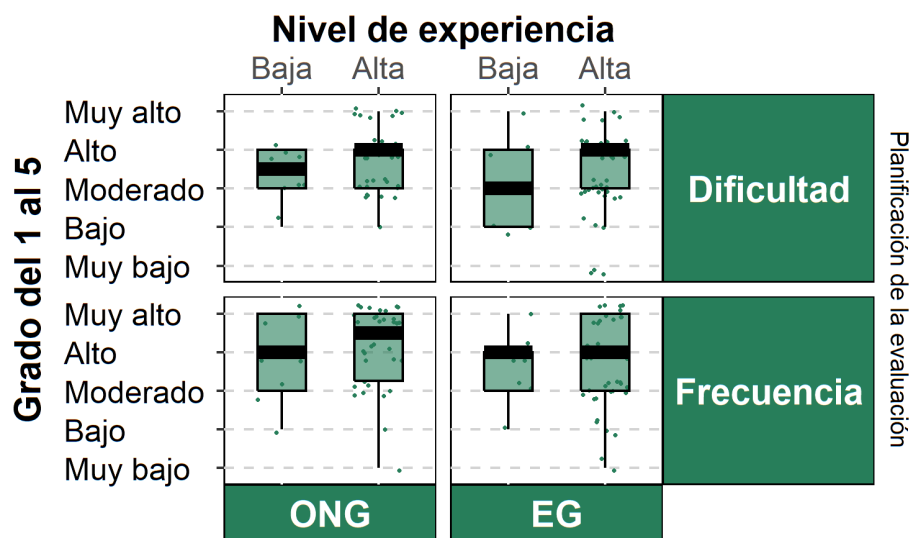


Ilustración 19.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja). Nota: El diagrama de cajas muestra la mediana (línea en negrita), los rangos intercuartílicos (caja y bigotes) y las respuestas individuales (puntos).

En las **entrevistas**, presentamos la evaluación como la fase que representaba el mayor desafío, en comparación con el diseño y la implementación. Aunque la evaluación también formaba parte del diseño, su planificación inicial tenía un impacto crucial en todo el proceso evaluativo. Por lo tanto, le dimos una atención prioritaria, reconociendo su

relevancia en todas las fases del programa, junto con las dificultades en su organización y aplicación, y nos enfocamos en identificar y abordar los obstáculos asociados.

Al intentar identificar las características específicas que dificultaban el proceso evaluativo, especialmente en un contexto de conocimiento limitado, encontramos varias dificultades en la fase de diseño de la evaluación. En primer lugar, detectamos un desconocimiento general sobre cómo llevar a cabo una evaluación adecuada, lo que resultaba en una planificación intuitiva e incorrecta. En segundo lugar, observamos la falta de indicadores claros y herramientas apropiadas que guiaran el proceso evaluativo. En tercer lugar, notamos la carencia de personal especializado que pudiera aportar claridad y dirección en todo el proceso. Finalmente, percibimos que se veía la evaluación como una fase final del programa, en lugar de considerarse una parte esencial desde su concepción.

«Nosotros venimos de la evaluación y luego, claro, es que claro, al momento de dar cuenta te viene... Nuestro problema es de diseño. El problema es de diseño.» (0327)

«Pero la evaluación siempre es el último en llegar, se hace de prisa y corriendo y no se para uno a pensar en la evaluación, sino que la prisa y el día a día nos hace ir corriendo y nos hace perder ese punto de la evaluación, que yo creo que es fundamental.» (0103)

1.1.3. Diseño de intervenciones y selección de enfoques

En el **cuestionario**, encontramos diferencias en la frecuencia y dificultad de esta tarea dependiendo el nivel de experiencia de las y los profesionales (Alta, si más de 10 años en el sector; Baja, si menos de 10 años), así como si pertenecían a una organización no gubernamental (ONG) o entidad gubernamental (EG), ver *Ilustración 20*. El diseño de intervenciones es una tarea central, realizada con frecuencia tanto en ONG (mediana 4,0/5) como en EG (3,5/5). En términos de dificultad, las ONG perciben esta tarea como más desafiante (mediana 3,5/5 frente a 3,0/5 en EG). Además, los y las profesionales con experiencia alta en ONG reportan mayores desafíos que los de experiencia baja (4,0/5 vs. 3,5/5). Esto podría deberse a la necesidad de personalizar los enfoques y responder a necesidades locales específicas, lo que implica una mayor carga de trabajo y análisis.

El diseño de intervenciones fue encontrado igualmente como una tarea central, realizada con frecuencia tanto en ONG como en EG (4/5). En términos de dificultad, las ONG perciben esta tarea como más desafiante (mediana 3,5/5 frente a 3,0/5 en EG), especialmente entre las personas profesionales con experiencia alta en ONG, quienes reportan mayores desafíos que todos los demás grupos. En general, las personas más experimentadas perciben esta tarea más desafiante que los/las que tienen menos de 10

años de experiencia. Esto podría deberse a la necesidad de personalizar los enfoques y responder a necesidades locales específicas, lo que implica una mayor carga de trabajo y análisis.

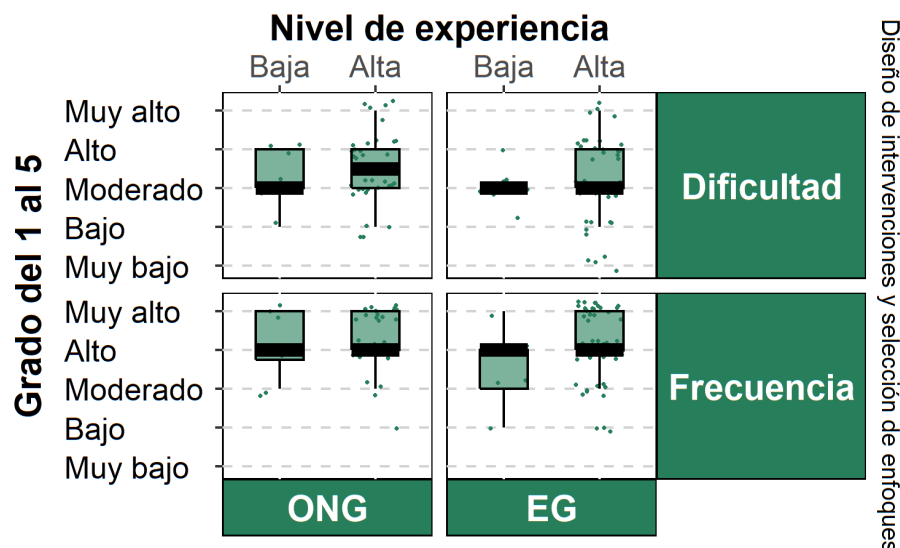


Ilustración 20.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja). Nota: El diagrama de cajas muestra la mediana (línea en negrita), los rangos intercuartílicos (caja y bigotes) y las respuestas individuales (puntos).

A diferencia de las respuestas obtenidas en el cuestionario, donde se especificó una dificultad media con tendencia al alza en el diseño de intervenciones y selección de enfoques, en las **entrevistas** no observamos, de manera generalizada, grandes dificultades.

No obstante, se nos notificaron, de forma aislada, aspectos que podían interferir en el diseño y dificultar su ejecución. Estas valoraciones se centraron, en primer lugar, en la desconexión que presentaban algunos programas entre la teoría y la práctica, a menudo originada por un diseño poco realista en aspectos previos como la definición de la población objetivo, la identificación de necesidades y el planteamiento de objetivos. En segundo lugar, se mencionó la dificultad económica y la falta de personal especializado que impide trabajar con programas preventivos validados y evaluados. Finalmente, se destacó la dificultad de diseñar implementaciones detalladas o con características muy específicas cuando se partía de referencias demasiado generalistas o abstractas.

«En la fase de diseño, en mi opinión, lo que haría falta de una manera concreta, son herramientas de diagnóstico local. [...] cada maestrillo tiene su librito, en el sentido de que todo el que empieza lo hace a su manera, [...], se le ocurre ir recogiendo información de aquí o de allá, pero no

«También puede haber equipos profesionales con muchos conocimientos en implementación, pero que no han tenido acceso a formación en planificación, diseño y, sobre todo, evaluación. Esto supone una línea clara de dificultades y formas de mejorar.» (0109)

RESULTADOS

existe una metodología ni una sistemática, al menos a nivel nacional no hay. Entonces cada uno empieza casi desde cero. Herramientas que permitieran hacer un diagnóstico local centrado en la prevención de adicciones, con el contexto de la problemática social y de salud del territorio. Porque una cosa no se puede separar de otra. Eso es uno de los déficits que existen ahora mismo. Y si esas herramientas estuvieran además homologadas, facilitaría mucho las cosas. [...]Y eso no sólo homologaría la intervención, sino que le facilitaría a los profesionales pasos y pautas de cómo hacer esa primera fase de diseño, que inevitablemente está relacionada con un diagnóstico, porque no puedes hacer un diseño en el aire. Entonces, para hacer el diagnóstico, herramientas de diagnóstico local serían muy útiles.» (0326)

«La implantación de los programas en entornos diversos (y muy lejos de los "ideales") seguramente es lo más complejo y es el test a superar por los programas evaluados. Quienes trabajamos en la administración local necesitamos propuestas realistas y que tengan en cuenta lo complejo de su implantación.» (01100)

«Vemos que hay programas evaluados que se quedan en un cajón porque tienen los pies en el suelo en relación a la realidad actual donde se hacen.» (0304)

1.1.4. Identificación y análisis de necesidades

En el **cuestionario**, encontramos diferencias en la frecuencia y dificultad de esta tarea dependiendo el nivel de experiencia de las y los profesionales (Alta, si más de 10 años en el sector; Baja, si menos de 10 años), así como si pertenecían a una organización no gubernamental (ONG) o entidad gubernamental (EG), ver *Ilustración 21*.

Esta tarea nos la reportaron como muy frecuente, algo más en las ONG con una mediana de 4,5/5 que en EG, con una mediana de 4/5 y más dispersión de los datos entre los experimentados de EG. La dificultad, sin embargo, se mantiene moderada y constante entre ambas entidades (mediana 3,0/5). Esto indica que, aunque es una tarea fundamental, las personas profesionales tienen herramientas o estrategias para abordarla. No observamos diferencias significativas en dificultad según la experiencia, lo que sugiere que esta habilidad podría desarrollarse en etapas tempranas de la carrera profesional.

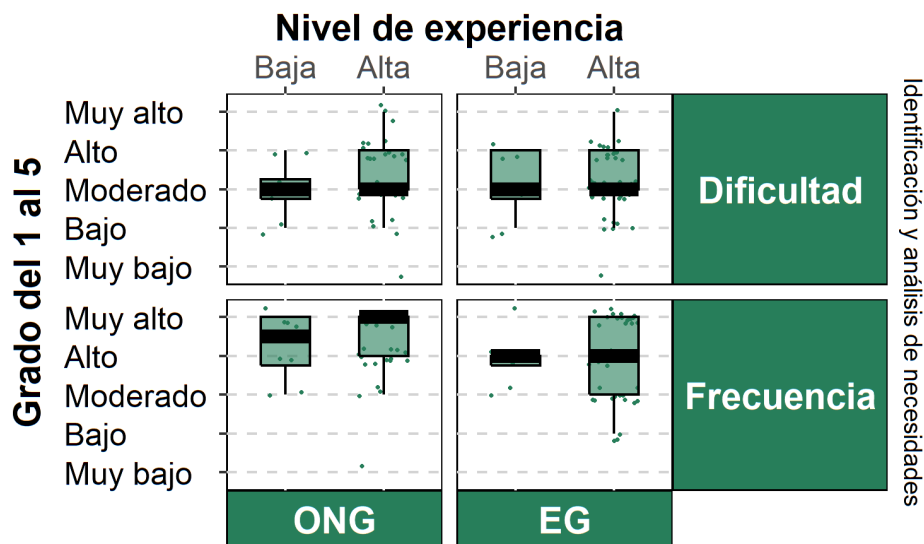


Ilustración 21.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja). Nota: El diagrama de cajas muestra la mediana (línea en negrita), los rangos intercuartílicos (caja y bigotes) y las respuestas individuales (puntos).

La detección de necesidades nos fue presentada, en las **entrevistas**, como una parte esencial en el diseño para asegurar el correcto desarrollo de las etapas subsiguientes del programa, como el desarrollo de los objetivos o la implementación de este. Aunque la mayoría de las personas entrevistadas destacó que realizaban sistemáticamente esta identificación y análisis, señalaron ciertas dificultades en su tratamiento. Estas afirmaciones estuvieron estrechamente relacionadas con las respuestas obtenidas en los cuestionarios, donde, igualmente, aunque la frecuencia de esta identificación es muy alta, también lo es la dificultad de su ejecución.

Nos comunicaron una dificultad latente en lo que respecta a la detección de necesidades reales, agravada en muchos casos por la falta de financiamiento y tiempo. Constatamos que, aun sabiendo la importancia de esta identificación, a menudo se realiza de manera rápida, subjetiva o con necesidades generalizadas, lo que compromete posteriormente el rigor del programa. Esta detección, realizada sin una metodología cohesionada y sin bases científicas, fue ejemplificada con gran parte de los programas que se aplican en el ámbito escolar.

«Es necesario realizar un diagnóstico de necesidades, crear objetivos que sean medibles desde el principio, asegurar que las acciones preventivas estén basadas en evidencia científica y cumplan con los estándares europeos.» (0109. Traducción libre)

«Pero a mí siempre me llama la atención cuando alguien me dice que va a construir un programa en base a lo que han observado, pero observado, o sea, ir a un sitio y lo que han visto con sus ojos, sin un análisis epidemiológico, sin unas entrevistas, sin una evaluación de necesidades, sin todo esto. Claro, como les planteo yo que tienen que hacer todo esto de una

RESULTADOS

manera asequible, porque también es algo con lo que choco constantemente y tiene que ver con los presupuestos. Siempre me dicen es que para eso no hay dinero.» (0327)

También destacaron, en ocasiones, la dificultad para obtener muestras representativas; primordialmente en aquellos casos donde los programas se definen en áreas rurales, donde la población es evidentemente menor que en pequeñas ciudades o en las urbes.

P: «¿De todas estas tareas que me has nombrado, en cuáles crees que tienes o en general se tienen más dificultades en esta fase?»

R: «Yo diría que, en hacer la identificación de las necesidades, porque a veces por la carga de trabajo y los tiempos no tenemos el margen para hacerlo quizá con toda la pulcritud que sería conveniente, o porque a veces también resulta un poco más difícil obtener un número de respuestas que sea significativo, representativo [...]» (0202)

Finalmente, se comunicó en algunos casos, que uno de los factores que propicia la falta de inversión y de personal para hacer un buen diseño, recae en donde está puesto el foco, es decir, nos constataron que muchas veces tenían el foco en la fase de implementación más que en la de diseño. Aspecto para tener en cuenta, ya que para el desarrollo de una buena implementación tiene que haberse realizado previamente un buen diseño.

1.1.5. Revisión literatura y EEEE

En el **cuestionario**, encontramos diferencias en la frecuencia y dificultad de esta tarea dependiendo el nivel de experiencia de las y los profesionales (Alta, si más de 10 años en el sector; Baja, si menos de 10 años), así como si pertenecían a una organización no gubernamental (ONG) o entidad gubernamental (EG), ver *Ilustración 22*.

Las ONG reportaron una mayor frecuencia en esta tarea (mediana 3,5/5) que las EG (3,0/5). Sin embargo, ambas perciben la dificultad de manera similar (3,0/5). Al contrastar experiencia y tipo de entidad, percibimos que las personas profesionales con experiencia baja en EG reportan mayores dificultades (3,5/5), posiblemente debido a menor acceso a recursos o capacitación en estándares internacionales. Esto subraya la importancia de fortalecer estas capacidades.

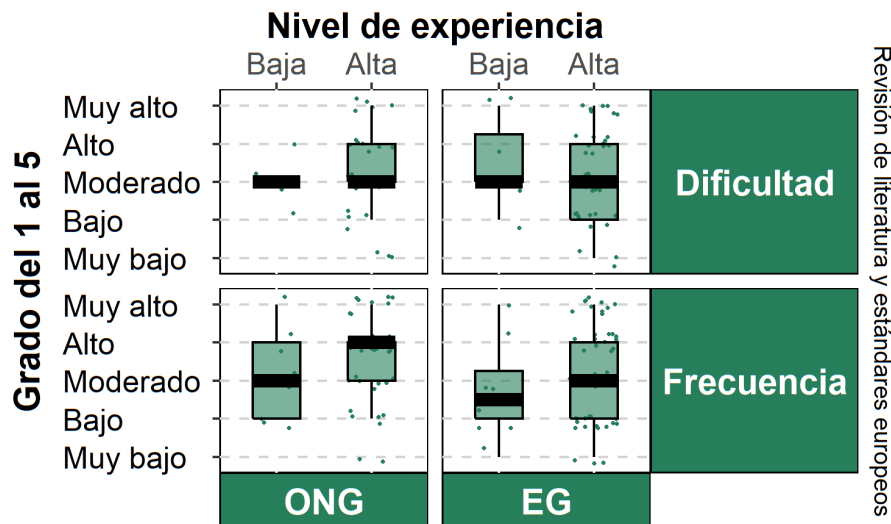


Ilustración 22.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).
 Nota: El diagrama de cajas muestra la mediana (línea en negra), los rangos intercuartílicos (caja y bigotes) y las respuestas individuales (puntos).

En las **entrevistas**, observamos que la frecuencia de aplicación de la revisión de literatura para el diseño de programas presentó opiniones diversas, en línea con las respuestas obtenidas en los cuestionarios. Sin embargo, todas las personas entrevistadas coincidieron en un aspecto: la firme creencia en la importancia de este proceso para fundamentar proyectos en evidencia científica.

Además, se destacaron dos puntos clave. En primer lugar, se defendió que la revisión de literatura es una tarea esencial e intrínseca a la conceptualización de cualquier proyecto que aspire a estar basado en evidencia científica, siendo fundamental para la formulación y el diseño del programa. En segundo lugar, surgió una crítica sobre la escasa disponibilidad de documentos teóricos que los y las profesionales tienen a su disposición para desarrollar sus programas, subrayándose la necesidad de fortalecer los vínculos entre la investigación y la práctica.

«Pues sí, por ejemplo, la búsqueda de literatura siempre. Normalmente las justificaciones a la hora de formular proyectos van acompañadas de literatura que soporte aquello que se está defendiendo.» (0202)

«Hoy en día hay bibliografía escasa [...]. Hay muy poca bibliografía, muy poca evidencia en prevención en general, tanto los programas preventivos sobre la efectividad como información o investigación sobre la prevención en general.» (0108)

Las opiniones recogidas en las entrevistas sobre los **Estándares Europeos** fueron diversas, pero se centraron en dos aspectos fundamentales: por un lado, la intención de aplicarlos de la manera más rigurosa y consciente posible, y por otro, la desconexión

teórica entre los estándares y la realidad del territorio en el que se deben implementar los proyectos basados en ellos.

Fueron las personas dedicadas principalmente al trabajo local, las que expresaron su descontento respecto a la divergencia teórica y aplicabilidad de los Estándares Europeos. En general, se comunicó que, aunque aportan gran contenido teórico, este no está transformado en herramientas que permitan su manejo, por lo tanto, en muchas ocasiones no se pueden ejecutar de la manera esperada.

«En cuanto a diagnóstico, los estándares europeos y mundiales establecen requisitos, pero no facilitadores ni el cómo se hace. Están más orientados al control que a la facilitación. Sería útil tener instrumentos técnicos y metodológicos para facilitar el diagnóstico, [...]. Sólo equipos ligados a la universidad o investigadores muy especializados son capaces de cumplir esos estándares, que no se adaptan a la realidad de los profesionales en el territorio. Necesitan herramientas prácticas, metodologías y apoyo» (0326)

«Yo pienso que los estándares son demasiado, o sea, se les nota demasiado la herencia o que vienen de un modelo biomédico que a lo mejor para otras áreas podría ser útil, pero yo pienso que para para nuestro ámbito no lo es.» (0319)

Pese a esta dificultad y como ya hemos comentado anteriormente, la mayor parte de las personas entrevistadas coincidieron en decir que insisten y trabajan para el uso de los Estándares, ya que concuerdan en la convicción de que estos sirven para una mejora de los programas y evitar prácticas poco rigurosas y/o contraproducentes y ceñirse a prácticas evaluativas reconocidas.

Otros aspectos que se comentaron en el sí de las entrevistas que maximizan la dificultad en su aplicabilidad fueron: la dificultad de su implementación a consecuencia de escasez económica; el enfoque con el que están redactados, a menudo, más enfocados a la clínica que a la prevención; y finalmente, el desconocimiento de la existencia de estos Estándares o la falta de su comprensión.

«Cada vez que llego a una formación y pregunto: ¿Quien conoce los Estándares Internacionales de Calidad de la Unión Europea? ¿Quién conoce los Estándares Internacionales de Prevención de las Naciones Unidas? Y son los dos documentos fundamentales que cualquier persona que trabaja en prevención tiene que conocer, porque es que uno es el cómo y el otro es el qué. Entonces son documentos que hay, pero nadie los conoce. [...]» (0307)

«Honestamente, entramos poco. Y las pocas veces que lo había consultado, me parecía que alguien me lo tenía que traducir, era complejo, y no me refiero por un tema idiomático, sino a... “Vale, ¿pero esto como lo implemento en un Plan Local?”». (0106. Traducción libre.)

1.1.6. Perspectiva de género

En el cuestionario, encontramos diferencias en la frecuencia y dificultad de esta tarea dependiendo el nivel de experiencia de las y los profesionales (Alta, si más de 10 años en el sector; Baja, si menos de 10 años), así como si pertenecían a una organización no gubernamental (ONG) o entidad gubernamental (EG), ver *Ilustración 23*.

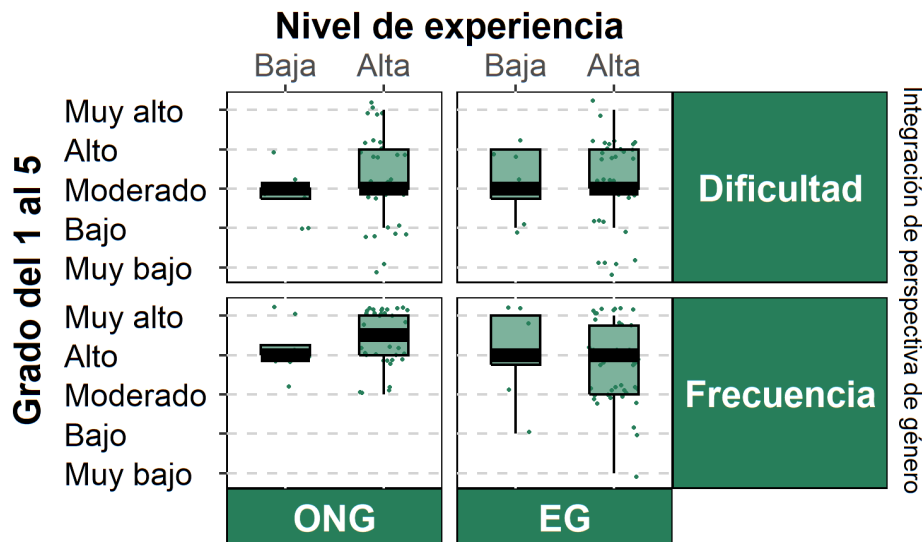


Ilustración 23.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja). Nota: El diagrama de cajas muestra la mediana (línea en negrita), los rangos intercuartílicos (caja y bigotes) y las respuestas individuales (puntos).

La frecuencia de realización de esta tarea fue más reportada por las ONG (mediana 4,5/5) que por profesionales de las EG (4/5), reflejando un mayor enfoque en esta perspectiva. La dificultad fue percibida como moderada en ambas entidades y niveles de experiencia (mediana 3,0/5). En el caso de esta tarea, obtuvimos que es realizada con frecuencia y con moderada dificultad en esta etapa de diseño y conceptualización de proyectos. Es decir, la aplicación teórica de la integración de la perspectiva de género se hace con frecuencia y facilidad en los proyectos preventivos.

En las **entrevistas**, se destacó de manera unánime que toda fase del proyecto debe integrar la perspectiva de género. Sin embargo, resultó un reto sintetizar las cuestiones relacionadas con su implementación en el diseño, dado que fue difícil identificar las dificultades específicas de su aplicación por fases, especialmente debido a la complejidad de tratarla como un enfoque transversal y no como un componente aislado del proyecto.

Las personas entrevistadas subrayaron la relevancia de incorporar la perspectiva de género en todos los programas, pues, como señalaron, existen diferencias en pautas de consumo, estigmas, motivaciones y comportamientos según el género. Aunque

reconocieron que cada vez se tiene más en cuenta esta perspectiva en los diseños y se trabaja para hacerla más visible de manera transversal, coincidieron en dos obstáculos principales: la falta de conocimiento, que requiere más formación especializada, y la ausencia de marcos claros que proporcionen una base definida para facilitar su aplicación por parte del personal técnico.

«Nosotros intentamos tenerlo en cuenta no sólo en la implementación sino también en el diseño de programas, teniendo en cuenta las distintas motivaciones de consumo. Hay más guías que ayuden a establecer criterios, pero todavía queda mucho camino por recorrer. [...] Cuesta encontrar el equilibrio. Hay muchas resistencias y también falta acompañamiento a quienes están motivados, pero no saben tanto. [...]. Pero el cambio es necesario y debemos avanzar. Todavía existen profesionales que no lo ven necesario, pero es importante tenerlo en cuenta.» (0110. Traducción libre.)

«Y creo que falta también formación para aprender a cómo [...] Incluir la perspectiva de género en los proyectos, por ejemplo, pero de una manera que permee todo el proyecto, que lo permee transversalmente.» (0202)

«Falta una visión ampliada de la desigualdad, relativa a transgénero, etc. Falta trabajar conjuntamente con las asociaciones LGBTIQ+.» (0394)

1.1.7. Definición de objetivos

En el **cuestionario**, encontramos diferencias en la frecuencia y dificultad de esta tarea dependiendo el nivel de experiencia de las y los profesionales (Alta, si más de 10 años en el sector; Baja, si menos de 10 años), así como si pertenecían a una organización no gubernamental (ONG) o entidad gubernamental (EG), ver *Ilustración 24*.

La definición de objetivos fue una tarea realizada con alta frecuencia en ambas entidades (mediana 5/5 en ONG y 4.5/5 en EG). La dificultad fue relativamente baja en general (mediana 3,0/5), aunque las ONG reportaron una ligera mayor percepción de desafío (3,5/5 en experiencia alta). Esto podría estar relacionado con la necesidad de las ONG de definir objetivos específicos para atraer financiamiento o justificar sus intervenciones.

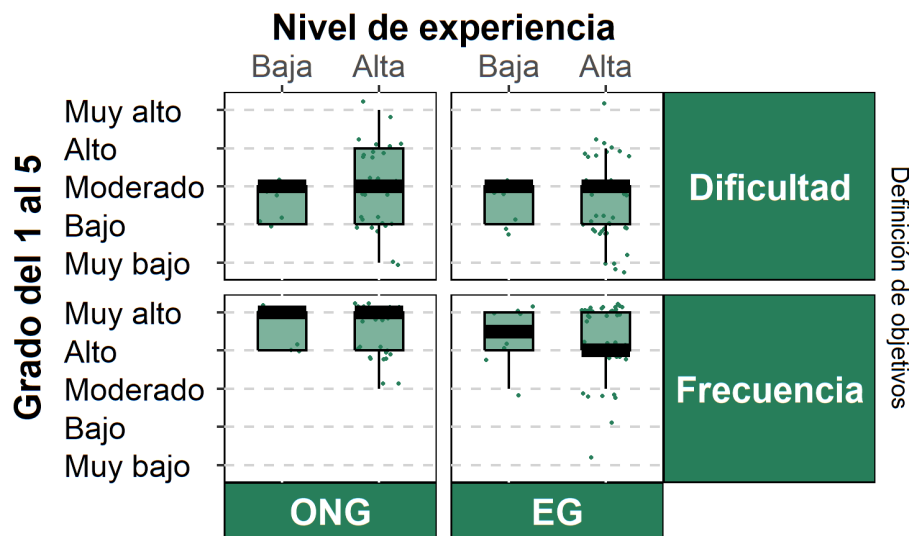


Ilustración 24.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja). Nota: El diagrama de cajas muestra la mediana (línea en negrita), los rangos intercuartílicos (caja y bigotes) y las respuestas individuales (puntos).

En las **entrevistas**, encontramos un consenso generalizado sobre la importancia de una correcta definición de objetivos para mejorar todo el proceso de prevención. Se destacó que, sin unos objetivos bien definidos, tanto la implementación como la evaluación del programa se verían comprometidas, afectando su efectividad y calidad.

Aunque la mayoría de las personas entrevistadas señalaron el arduo trabajo que implica la definición de objetivos y la alta frecuencia con la que se realiza esta tarea, relacionada estrechamente con las respuestas obtenidas en el cuestionario, también expresaron dificultades en su formulación. Una de las principales dificultades fue la creación de objetivos realistas, ya que en ocasiones estos se definen sin un fin concreto y con características poco alcanzables dadas las limitaciones presupuestarias. En algunas entrevistas, nos comentaron que la falta de conocimientos sobre cómo estructurar los objetivos de manera científica conduce a una definición subjetiva y sin una visión clara de la capacidad real para alcanzarlos.

«Y a veces en prevención hay mucha dificultad en el diseño de los objetivos, o bien porque nos vienen dados... “tienes que retrasar la edad de inicio de los consumos o modificar las prevalencias de los consumos” [...]. Esto es inviable, es poco realista este objetivo. El diseñar buenos objetivos, objetivos realistas y que realmente se haga lo que pretendes hacer es la base, pero a veces es muy complicado esto.» (0108)

También se destacó, en varias ocasiones por parte de los y las profesionales, que para lograr una definición de objetivos realistas y alcanzables es fundamental haber realizado previamente un **diagnóstico de calidad**. Si las etapas iniciales se desarrollan de manera inconsistente, esto puede afectar significativamente tanto a los objetivos como a

RESULTADOS

su aplicabilidad y evaluación. Por lo tanto, los objetivos deben estar fundamentados en una comprensión sólida del contexto en el que se implementarán.

«[...]cuando haces una buena evaluación te das cuenta de que para hacerla has tenido que hacer unos buenos objetivos y hacer unos buenos indicadores [...]» (0103)

«Porque otro de los problemas que hay es que se mezclan objetivos maximalistas con programas mínimos. Entonces, los programas mínimos deben tener objetivos mínimos.» (0326)

1.1.8. Población objetivo

En el **cuestionario**, encontramos diferencias en la frecuencia y dificultad de esta tarea dependiendo el nivel de experiencia de las y los profesionales (Alta, si más de 10 años en el sector; Baja, si menos de 10 años), así como si pertenecían a una organización no gubernamental (ONG) o entidad gubernamental (EG), ver *Ilustración 25*.

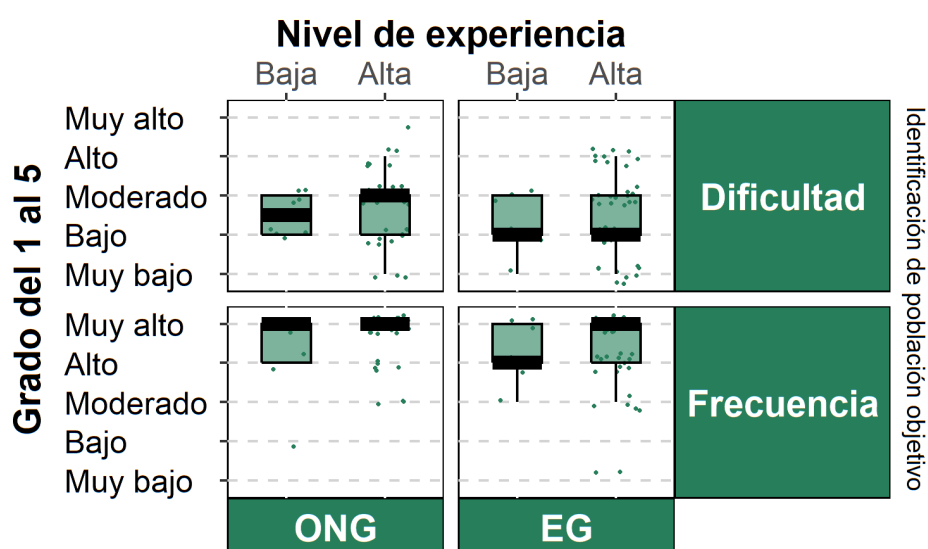


Ilustración 25.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja). Nota: El diagrama de cajas muestra la mediana (línea en negrita), los rangos intercuartílicos (caja y bigotes) y las respuestas individuales (puntos).

Esta fue una de la tarea más frecuentes, con medianas de 4,5 y 5 tanto en ONG como en EG y, a su vez, su dificultad fue la más baja de todas. En EG (2/5), mientras que las ONG enfrentan algo más de desafíos (3/5). Este contraste podría explicarse por la flexibilidad de las ONG para trabajar con poblaciones específicas, y análisis más detallados. Entre los y las profesionales con experiencia alta, las ONG muestran una mayor percepción de dificultad (3/5 frente a 2/5 en EG), posiblemente reflejando las dificultades de esta mayor flexibilidad de atención a diferentes poblaciones.

En las **entrevistas**, en consonancia con la información recopilada en los cuestionarios, no se comunicó una dificultad elevada en la detección de la población objetivo y la frecuencia de su práctica fue muy elevada.

Nos lo plantearon como un pequeño reto para tener en cuenta, la exactitud con la cual la población objetivo se define, es decir, a veces, buscar la excelencia o rigurosidad en la definición de la población con la que se trabaja puede ser complicada por factores diversos (económicos, sociales, culturales, políticos, etc.) aspecto que implica directamente en cómo se realizará la implementación.

«Pero yo he escuchado muchas veces como este discurso de vamos a ayudar a la población vulnerable, ostras, que tú eres población vulnerable. Dependiendo quién lo mire, depende para quién, depende qué indicadores o qué factores de riesgo estemos mirando.» (0327)

«Y por no hablar de que cuando se trabaja con población que sí es necesaria, pero luego nos dejamos a otra población dentro de esa población a la que no accedes. [...] Interseccionalidad, que vas con mujeres y vale, vamos con mujeres de aquí, blanquitas, clase media, y de repente decimos "bueno, y las otras mujeres que también necesitan de esto, ¿dónde están?" No las hemos llamado.» (0327)

«Sobre todo, en la zona rural, a veces mezclaban familias que no eran tan selectivas, que había algunas universales [...]. Ya, esta es la realidad del medio rural, que posiblemente estas comunidades no les pasen, pero a nosotros sí. Pues a veces, para que tú tengas un grupo de siete u ocho familias, [...] incorporas familias que a lo mejor no cumplen el perfil, pues las familias eran más de un perfil [...].» (0122)

Aunque se presentó este reto, esta etapa no define una problemática ni dificultad imperante y las personas entrevistadas explicaron fácilmente quiénes son su población objetivo y la frecuencia de su trabajo.

1.2. Soluciones propuestas

En la fase de **conceptualización y diseño de programas** en la prevención de adicciones, las soluciones identificadas responden tanto a necesidades estructurales como operativas. En la *Ilustración 26*, graficamos los resultados obtenidos en el cuestionario y, a continuación, describimos las soluciones prioritarias destacadas por las personas participantes del cuestionario, quienes también realizaron aportaciones cualitativas sobre las tres principales propuestas seleccionadas.

RESULTADOS

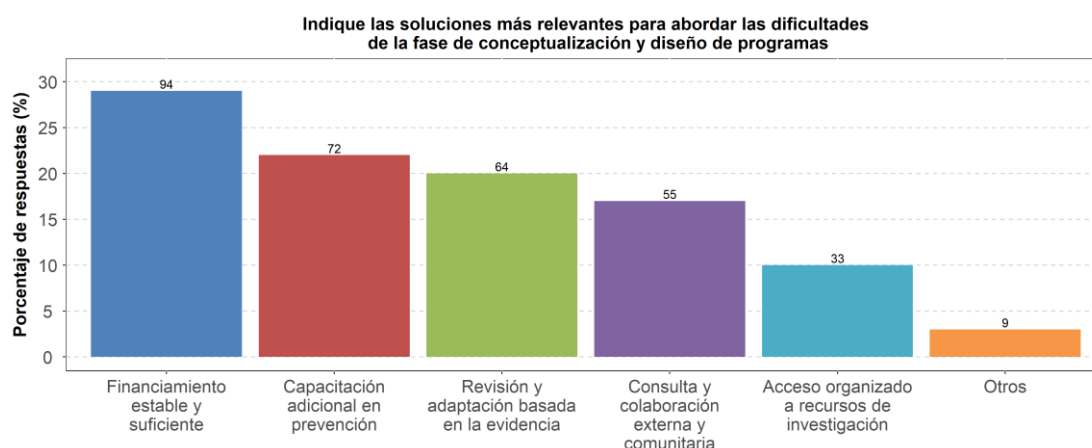


Ilustración 26.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de cada opción de solución de la fase de diseño los programas de prevención en las que las personas participantes del cuestionario eligieron como prioritarias.

1.2.1. Financiamiento estable y diversificado

En el **cuestionario**, la solución más destacada, con el 28,5% de las respuestas, fue la falta de financiamiento estable. La incertidumbre generada por la dependencia de subvenciones a corto plazo limita la **planificación a largo plazo** de los programas y, en consecuencia, afecta su sostenibilidad. Un participante subrayó esta preocupación señalando que «la inestabilidad financiera dificulta la continuidad de los programas y la estabilidad de los equipos de trabajo», haciendo evidente cómo la falta de recursos impacta en la eficacia de las intervenciones.

Varios/as participantes sugirieron la necesidad de **diversificar las fuentes de financiamiento**, así como de incrementar las partidas presupuestarias públicas dedicadas a la prevención de adicciones. Un comentario mencionó: «Incluir en los PGE y en los presupuestos regionales partidas específicas», mientras que otro indica: «Incrementar las partidas de los presupuestos públicos destinados a la prevención de adicciones». La falta de fondos no solo afecta la contratación de personal, sino también la calidad de las intervenciones, un aspecto que resalta otro encuestado al comentar: «No tengo presupuesto para realizar nada concreto de prevención». Además, un comentario indicó la necesidad de «buscar nuevas líneas de financiación, tanto públicas como privadas, para asegurar la sostenibilidad a largo plazo», reflejando la preocupación por no depender únicamente de subvenciones gubernamentales.

1.2.2. Capacitación continua y especializada

En segundo lugar, el 21,6% de las respuestas señalaron la capacitación adicional en prevención como clave para fortalecer las habilidades de las personas profesionales y voluntarios/as. En algunos casos, destacaron que la **actualización de conocimientos** es esencial, ya que la naturaleza cambiante de las adicciones y las nuevas tecnologías requiere de una formación constante. Un encuestado resumió esta necesidad diciendo: «Es vital actualizar los contenidos todos los años, y para ello es necesario tiempo para formación específica». La falta de oportunidades de formación se identificó como un obstáculo recurrente en varias áreas, donde las personas profesionales mencionan la falta de oferta y de regularidad de los programas de formación. Un comentario reflejó esta preocupación: «Algunos cursos de capacitación no salen de forma anual», lo que dificulta la actualización de competencias esenciales.

Las personas encuestadas señalaron que las capacitaciones deberían ofrecerse en diferentes formatos, tanto **presenciales como virtuales**, para garantizar una mayor accesibilidad. Uno de ellos señaló: «Es necesario que la formación sea accesible en modalidad online para aquellos que no pueden asistir de forma presencial». Asimismo, nos sugirieron que la formación debería ser más especializada y adecuada a los retos específicos de la prevención de adicciones, con un enfoque multidisciplinario. Esto permitiría abordar mejor las complejidades del fenómeno y fomentar una intervención más adaptada a las necesidades actuales.

Otro aspecto fue la mención de incentivos para que las personas profesionales participen en formaciones continuas, ya que varios/as encuestados/as indicaron que la falta de tiempo y de recursos dedicados a la capacitación dificultaba su **asistencia**. Un participante propuso: «Es necesario que se incentiven las formaciones con tiempo asignado dentro de la jornada laboral para que los profesionales puedan participar sin sobrecarga». Esto subraya la importancia de integrar la capacitación dentro de las responsabilidades laborales y no como una actividad adicional que aumente la carga de trabajo.

1.2.3. Revisión y adaptación basada en evidencia científica

La revisión y adaptación de los programas basados en la evidencia recibió el 19,7% de las respuestas, destacándose la necesidad de fundamentar las intervenciones en datos concretos y buenas prácticas. En algún caso nos señalaron que las metodologías aplicadas actualmente «tienen estrategias y datos anticuados», lo que podría limitar la efectividad de las intervenciones en ciertos contextos. En palabras de un encuestado: «Es crucial que los programas de prevención se basen en estudios actualizados y en el

análisis de datos recientes». Esta preocupación fue encontrada repetidas veces, lo que refleja la necesidad de mantener los programas alineados con los **avances más recientes en la investigación científica**, para que las estrategias implementadas sean lo más efectivas posible.

En distintas ocasiones también destacaron la importancia de contar con sistemas de evaluación rigurosos que permitan medir el **impacto real de las intervenciones** preventivas. Un comentario mencionó que «se debería realizar una evaluación continua de los programas para determinar si se están logrando los objetivos planteados», mientras que otro sugirió que «es necesario contar con estudios exploratorios para analizar si los programas logran cambios significativos en las personas participantes». Estos comentarios destacan la importancia de basar las decisiones en datos empíricos y no en suposiciones o enfoques no contrastados.

Además, se mencionó la necesidad de compartir y difundir estos hallazgos entre los y las profesionales y las instituciones que trabajan en prevención. Distintas personas propusieron la creación de **plataformas o redes de intercambio de conocimientos**, donde se pueda acceder a las mejores prácticas basadas en evidencia y compartir lecciones aprendidas. Un encuestado sugirió: «Sería útil crear una base de datos de intervenciones exitosas en prevención de adicciones para que todos los profesionales puedan acceder a ella». Este enfoque colaborativo permitiría a las personas profesionales mantenerse actualizados/as y ajustar sus estrategias en función de los resultados más recientes.

1.2.4. Fortalecimiento de la colaboración comunitaria y externa

Otra solución importante, con un 17,2% de las respuestas, fue la **consulta y colaboración externa y comunitaria**, que subrayó la necesidad de fortalecer las redes institucionales y comunitarias para mejorar la implementación y los resultados de los programas. Las personas encuestadas señalaron que una mayor **coordinación** entre los diferentes actores implicados en la prevención de adicciones, como los servicios de salud, las escuelas y las organizaciones comunitarias, es esencial para optimizar los recursos y compartir buenas prácticas. Un encuestado propuso que «deberíamos crear espacios de coordinación entre los servicios que trabajan en prevención para evitar duplicidades y mejorar la eficiencia».

También mencionaron la necesidad de **involucrar más activamente a la comunidad** en las acciones preventivas. Varios/as participantes señalaron que, sin la participación de la comunidad, los programas corren el riesgo de ser poco efectivos y no responder a las necesidades locales. Un comentario resaltó que «es fundamental que la

comunidad participe más en la implementación de los programas, ya que eso asegura que las intervenciones sean relevantes y sostenibles a largo plazo».

En algunos casos también sugirieron la creación de **redes de trabajo internacionales** que permitan el intercambio de conocimientos y experiencias con profesionales de otros países. Un encuestado comentó que «la colaboración con otros países que tienen experiencias exitosas en la prevención de adicciones podría ser muy útil para mejorar nuestras propias estrategias». Este enfoque más global permitiría aprender de las mejores prácticas a nivel internacional y adaptar esas lecciones a los contextos locales.

1.2.5. Otros aspectos destacados

Un pequeño porcentaje de encuestados/as (2,8%) mencionó otros aspectos relevantes, que no venían incluidas en las categorías principales. Entre estos, se destacó la **burocracia** como un obstáculo recurrente en la gestión de los programas. Un encuestado señaló que «las barreras administrativas ralentizan enormemente la puesta en marcha de las acciones», lo que dificulta el inicio oportuno de los proyectos.

Asimismo, se propuso la simplificación de los procedimientos administrativos como una posible solución para agilizar la implementación de los programas.

«Se da mucho dinero a actividades que no tienen evaluaciones de necesidades previas, ni están basadas en la evidencia. Muchas veces la tramitación restringe tanto la comunicación de resultados que tengo dudas que alguien las lea y decida en consecuencia. Se sigue hablando de "prevención" de un modo obsoleto que no se corresponde con las dinámicas sociales actuales. El nivel estratégico es fundamental para que funcione un proyecto de prevención. En ese nivel es donde empieza a fallar el proyecto. Un buen técnico/a con un buen proyecto no tiene mucho futuro sin un buen político/a.» (02197)

Fase 2: Implementación de los programas

2.1. Dificultades y frecuencia de realización de las tareas

En la fase 2 de implementación de los programas, la *Ilustración 27* muestra cómo las tareas evaluadas en términos de dificultad y frecuencia de realización muestran variabilidad en las respuestas en los diferentes *boxplots*. Las tareas relacionadas con asegurar el financiamiento, el acceso a la población objetivo y la coordinación interinstitucional emergieron como elementos muy frecuentes e importantes para garantizar el éxito de las intervenciones. Sin embargo, estas tareas y la mayoría de las tareas de implementación se identificaron como moderadamente complejas, con una mediana y media muy

similar. Además, en las tareas como la capacitación del personal o la recopilación de datos de proceso que se percibieron como las más fáciles de ejecutar, su frecuencia dependió en gran medida del tipo de entidad y el nivel de experiencia del personal, análisis que detallaremos en los apartados posteriores. Por otro lado, los resultados mostraron que el monitoreo y ajuste al género fue la tarea menos ejecutada en esta fase. A continuación, presentamos los resultados específicos para cada tarea clave en esta etapa de implementación:

La tarea de **asegurar disponibilidad de materiales y financiamiento** presentó una mediana de dificultad de 4/5 y una frecuencia de realización también de 4/5. Esto sugiere que los y las técnicos/as y profesionales perciben esta tarea como una de las más complejas. Sin embargo, la alta frecuencia encontrada indica que, pese a su complejidad, se realiza consistentemente en los proyectos para poder dar sostenibilidad a sus iniciativas.

En la tarea de **acceder a la población objetivo y su adherencia**, obtuvimos que, aunque es una tarea de dificultad media, es realizada con frecuencia. La importancia de asegurar la participación de la población es fundamental para el éxito de los programas, pero las barreras contextuales, como la desconfianza o el acceso limitado, podrían explicar por qué se percibe con cierto grado de dificultad.

La tarea de **monitoreo, ajuste y sensibilidad de género** fue considerada como de las más desafiantes y, a la vez, la que se hizo con menos frecuencia de todas las tareas de la fase de implementación, 3/5. Esto sugiere que, si bien se reconoce la relevancia del enfoque de género, su implementación puede verse limitada por factores como la capacitación específica o la sensibilización del personal. Es una tarea que debe ser revisada en el área de forma más urgente.

Tareas clave de la fase 2 de implementación de proyectos

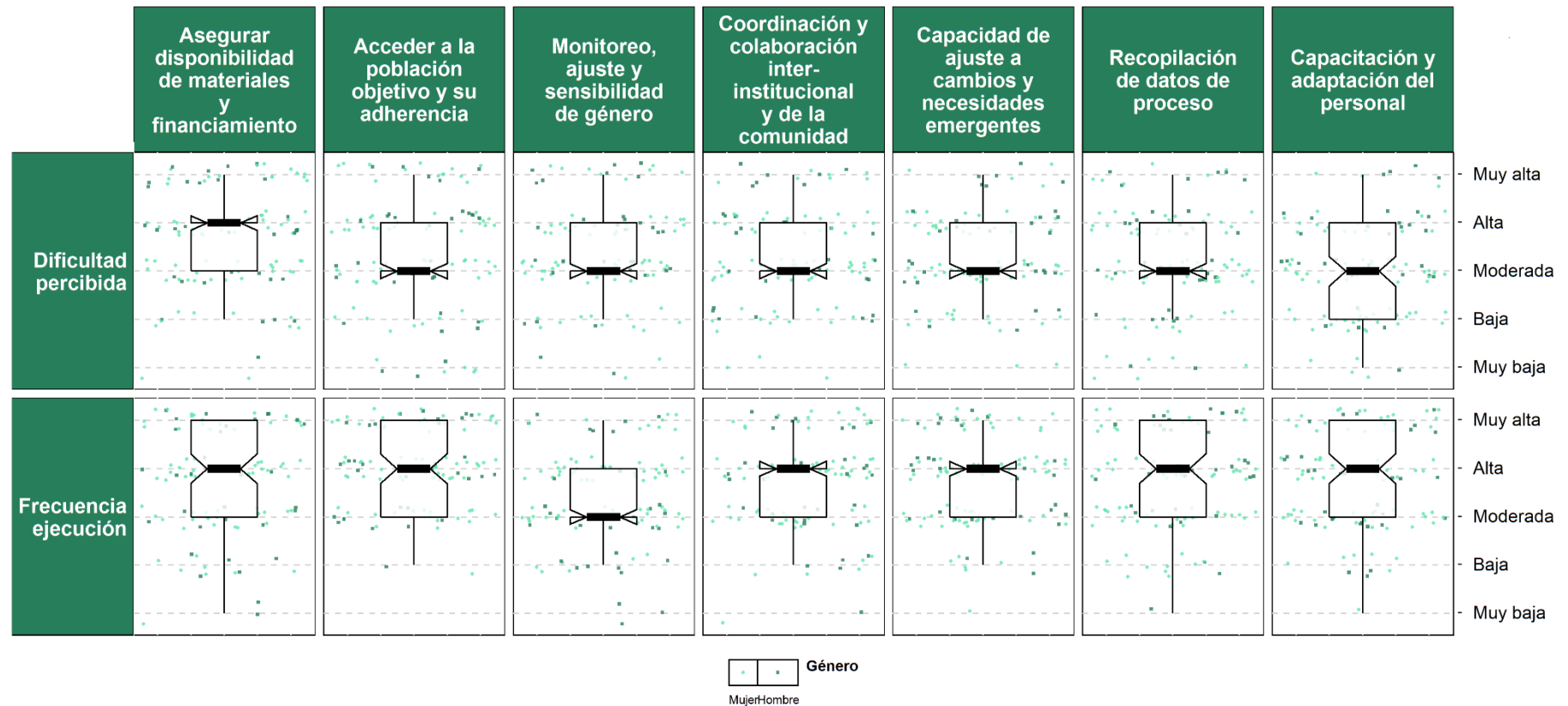


Ilustración 27.- Grado de dificultad y frecuencia de realización de las tareas de la fase de implementación de los programas de prevención según los años de experiencia en el área.

Nota: datos representados a través de un diagrama de cajas en el que la línea en negrita es la mediana. La muesca es el intervalo de confianza del 95%. La caja y los bigotes son los rangos intercuartílicos.

La **capacidad de ajuste a cambios y necesidades emergentes** también presentó una mediana de dificultad de 3/5 y una frecuencia de 4/5. Similar a las demás tareas de esta fase, esto refleja la necesidad de mantener flexibilidad y adaptabilidad en los proyectos, lo cual es valorado por el personal técnico. Sin embargo, los cambios inesperados y ciertas necesidades emergentes pueden requerir una mayor preparación y recursos, lo que puede dificultarla en algunos casos específicos.

La **coordinación y colaboración interinstitucional y de la comunidad** tuvo una mediana de dificultad de 3/5 y una frecuencia de 4/5, similar a casi todas las tareas de esta fase. Este resultado sugiere nuevamente que, aunque la colaboración es compleja debido a la necesidad de alinear diferentes intereses y agendas, es una tarea que se intenta llevar a cabo ya que se reconoce su alta importancia para una mayor eficacia en la implementación de los proyectos.

Sobre la **recopilación de datos de proceso**, los resultados indicaron que, aunque no es una de las tareas más difíciles, la capacidad de recopilar datos de manera sistemática parece que se realiza con alta frecuencia. Por lo tanto, se reconoce como muy importante para evaluar y ajustar los proyectos, así como su mejoramiento continuo.

Finalmente, la tarea de **capacitación y adaptación del personal** presentó la mediana de dificultad más baja, aunque similar a las de las otras tareas, de 3/5, con una alta dispersión; y una frecuencia de 4/5. Esto podría indicar que, si bien formar al personal y ajustarlo a las especificidades de cada proyecto no es una de las tareas más difíciles, sigue representando un reto; pero es importante contar con un equipo bien preparado y adaptable para aumentar la efectividad de los proyectos.

A continuación, presentamos un análisis detallado de cada tarea abordada en el cuestionario, teniendo en cuenta las dos variables principales analizadas: nivel de experiencia y tipo de entidad. Asimismo, incorporamos información relevante aportada por las personas participantes en las entrevistas sobre estas tareas clave, proporcionando una visión integral de esta fase.

2.1.1. Asegurar disponibilidad de materiales y financiamiento

En el **cuestionario**, encontramos diferencias en la frecuencia y dificultad de esta tarea dependiendo el nivel de experiencia de las y los profesionales (Alta, si más de 10 años en el sector; Baja, si menos de 10 años), así como si pertenecían a una organización no gubernamental (ONG) o entidad gubernamental (EG), ver *Ilustración 28*.

Las medianas muestran que la dificultad percibida para esta tarea es mayor en las ONG (3.5) en comparación con las entidades gubernamentales (3), especialmente entre participantes con experiencia alta (4). La frecuencia entre tipos de entidad también fue más alta en las ONG (4), con una tendencia mayor para participantes con experiencia alta y

de 3,5 para los de las EG, sin diferencias entre niveles de experiencia. Esto sugiere que las ONG enfrentan mayores retos en asegurar recursos y que intentan obtenerlos más habitualmente, posiblemente debido a menos acceso a financiamiento estable.

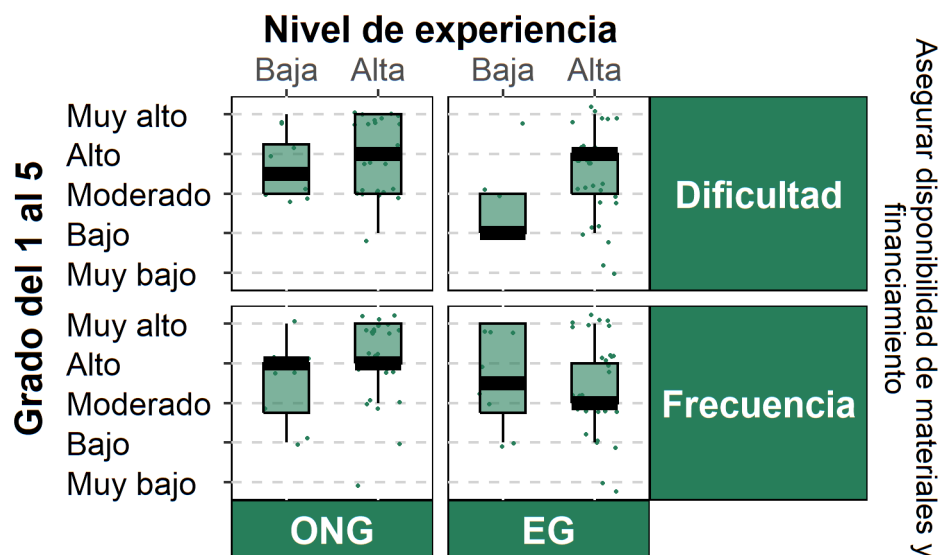


Ilustración 28.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).
Nota: El diagrama de cajas muestra la mediana (línea en negrita), los rangos intercuartílicos (caja y bigotes) y las respuestas individuales (puntos).

En las **entrevistas**, la mayoría de los profesionales coincidieron en señalar que la disponibilidad a largo plazo de materiales y financiamiento representa un desafío importante en los proyectos. Aunque están acostumbrados a buscar financiamiento y a diseñar intervenciones ajustadas al presupuesto disponible, frecuentemente enfrentan la necesidad de aumentar el personal para desarrollar adecuadamente las acciones planificadas o de contar con los materiales necesarios para asegurar la calidad de la implementación, o incluso para llevarla a cabo.

Un aspecto estrechamente vinculado con la disponibilidad es la sostenibilidad, previamente mencionada. Según los entrevistados, cuanto más se extiende en el tiempo un programa, más difícil resulta garantizar la continuidad de los recursos materiales y financieros. Esto se debe a los numerosos obstáculos de carácter económico, político y social que suelen surgir con el paso del tiempo.

Asimismo, se destacó que, en algunos casos, los materiales disponibles están desfasados, lo que dificulta su actualización y evaluación, generando una barrera adicional para la eficacia de los programas.

«Claro, hay cosas que, si no tienes recursos económicos... [...]. Por ejemplo, nosotros aquí [municipio] con el departamento de Juventud, llevamos a cabo [...] un montón de actividades de ocio nocturno. ¿Pero qué nos pasa? Que nos encontramos con que ya nos falta dinero para poder implementarlo todo a lo largo del año.» (0223. Traducción libre.).

2.1.2. Acceder a la población objetivo y su adherencia

En el **cuestionario**, encontramos diferencias en la frecuencia y dificultad de esta tarea dependiendo el nivel de experiencia de las y los profesionales (Alta, si más de 10 años en el sector; Baja, si menos de 10 años), así como si pertenecían a una organización no gubernamental (ONG) o entidad gubernamental (EG), ver *Ilustración 29*.

En términos de frecuencia, tanto las ONG como las EG realizan esta tarea de forma muy habitual (4), con una tendencia algo superior entre las personas participantes de baja experiencia de las EG (4,5). Las ONG parecen tener más éxito en involucrar a la población objetivo (3) que las EG (3,5), posiblemente debido a métodos más flexibles, aunque las diferencias no son significativas.

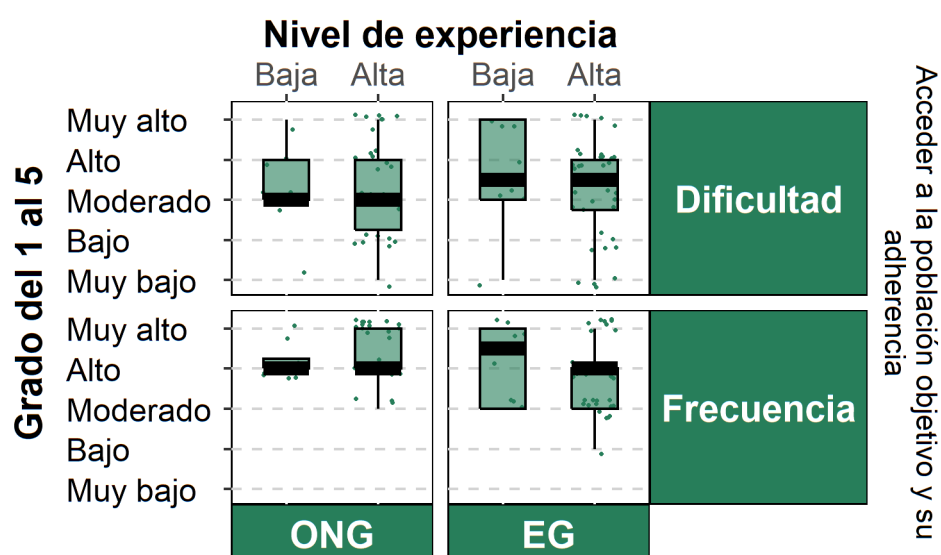


Ilustración 29.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja). Nota: El diagrama de cajas muestra la mediana (línea en negrita), los rangos intercuartílicos (caja y bigotes) y las respuestas individuales (puntos).

La importancia de conocer a la población objetivo y de generar un vínculo positivo con ella fue destacada como esencial por varias de las personas profesionales **entrevistadas**. Sin embargo, mantener este vínculo y asegurar la adherencia a lo largo del tiempo resulta especialmente desafiante cuando se trata de grupos sociales en situación de vulnerabilidad. Las dificultades expresadas tanto en el cuestionario como en las entrevistas no mostraron grandes diferencias, por lo que a continuación se presentan algunas de las principales dificultades en cuanto al acceso y la adherencia de la población objetivo:

- **Familias.** Las personas entrevistadas señalaron que una de las principales barreras para garantizar el acceso y la participación en los programas se encuentra en el ámbito familiar. Mantener a las familias motivadas y comprometidas no solo en el ámbito escolar, sino también en otros contextos, fue un reto considerable. La falta de conexión de las familias con los programas fue mencionada como una causa clave que incrementa los problemas de adherencia, especialmente con los menores. Además, las personas profesionales destacaron que las familias más participativas suelen ser las mismas, y corresponden principalmente a aquellas con menores factores de riesgo, reflejándose una desigualdad en el acceso y la implicación en los programas.

«[...] puedo intuir lo que podría pasar, pero las familias están muy desmotivadas, desapegadas, muy desvinculadas. Hemos estado en centros educativos con 200 alumnos y solo han venido 10 personas. Entonces creo que un desafío importante para mí es tener un mayor impacto en el ámbito familiar.» (0111)

- El **estigma**. En particular, señalaron el estigma asociado a los servicios sociales y a otros recursos de naturaleza similar, lo cual genera barreras sociales que dificultan la conexión de las personas que más los necesitan. Esta reticencia para acercarse a estos servicios provoca que muchas de las personas en situación de vulnerabilidad no atiendan sus necesidades. Además, se destacó la criminalización del consumo, un factor que agrava la vulnerabilidad de las personas que requieren acceder a estos recursos, ya que enfrentan una doble discriminación que dificulta aún más su adherencia y participación en los programas.

«[...] estamos muy estigmatizados, es decir, no se ve servicios sociales como un acceso para todos, como una facilidad de información, de acceso para cualquier familia que puede estar muy normalizada, sino que hay un estigma sobre nosotros, entonces, claro, hay muchas acciones que nosotros realizamos y yo creo que hay familias que no se atraen a estas acciones, que no quieren formar parte de ellas porque es como... “Uy, esto es de servicios sociales”, ¿sabes? Y estamos allí como bastante estigmatizados.» (0116. Traducción libre.)

- **Poblaciones ocultas.** Muy relacionado con el punto anterior, la dificultad para acceder a grupos sociales concretos con grandes índices de vulnerabilidad implica una obstaculización del trabajo de prevención.
- **Descoordinación.** La descoordinación entre instituciones fue un aspecto relevante señalado por las personas profesionales entrevistadas. Nos expresaron que la creación de una red de apoyo interinstitucional es una necesidad urgente para poder trabajar de manera activa y eficiente, facilitando el intercambio de

información y, en muchos casos, mejorando el acceso de la población objetivo a los recursos disponibles. La colaboración entre departamentos y organizaciones resulta fundamental para optimizar los esfuerzos y garantizar una atención integral y efectiva.

2.1.3. Monitoreo, ajuste y sensibilidad de género

En el **cuestionario**, encontramos diferencias en la frecuencia y dificultad de esta tarea dependiendo el nivel de experiencia de las y los profesionales (Alta, si más de 10 años en el sector; Baja, si menos de 10 años), así como si pertenecían a una organización no gubernamental (ONG) o entidad gubernamental (EG), ver *Ilustración 30*.

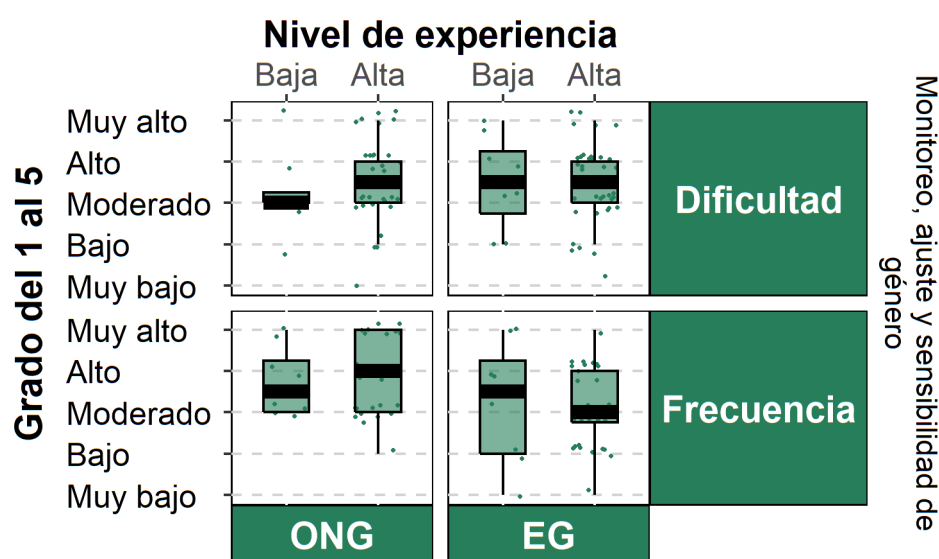


Ilustración 30.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja). Nota: El diagrama de cajas muestra la mediana (línea en negrita), los rangos intercuartílicos (caja y bigotes) y las respuestas individuales (puntos).

La dificultad de esta tarea fue similar entre EG y ONG para profesionales con experiencia alta (mediana 3,5), pero algo menos desafiante para los de experiencia baja en ONG (3). La frecuencia de realización fue más alta en ONG con experiencia alta (4,0) que en otros grupos (3-3,5). Esto indica una tendencia de las ONG a priorizar más frecuentemente estos aspectos, aunque podrían tener limitaciones en los recursos o conocimiento técnico para garantizar la sensibilidad de género.

En las **entrevistas**, las personas profesionales constataron que la integración de la perspectiva de género en la fase de implementación sigue siendo un desafío pendiente. Aunque algunos y algunas ya la aplican con normalidad, como se mencionó previamente, muchas personas técnicas reconocen la importancia de incorporar esta

perspectiva, pero enfrentan dificultades para implementarla adecuadamente. El desconocimiento sobre cómo monitorear este aspecto o ajustarlo a los proyectos es una de las principales barreras señaladas. En cuanto a las acciones concretas, nos comentaron que, cuando se aplica la perspectiva de género, no existen estrategias sistemáticas para evaluar su impacto, lo que refuerza la necesidad urgente de una formación específica en este ámbito.

«La gente dice tener programas adaptados en género porque lo han puesto en el título. Pero no tienen suficiente contenido. No estamos previniendo ese problema. Creo que debería trabajarse más específicamente desde una perspectiva de género.» (0115. Traducción libre.)

2.1.4. Coordinación y colaboración interinstitucional y de la comunidad

En el **cuestionario**, encontramos diferencias en la frecuencia y dificultad de esta tarea dependiendo el nivel de experiencia de las y los profesionales (Alta, si más de 10 años en el sector; Baja, si menos de 10 años), así como si pertenecían a una organización no gubernamental (ONG) o entidad gubernamental (EG), ver *Ilustración 31*.

La frecuencia con la que intentan coordinarse con otras instituciones fue igual en ambos tipos de entidades, con una tendencia mayor en ONG con experiencia alta (4,0). Sin embargo, estos también fueron los mismos que reportaron mayores dificultades (3,5) que las EG, en especial de menor experiencia. Este contraste podría estar relacionado con una menor estructura formal en las ONG, dificultando la coordinación con otras instituciones.

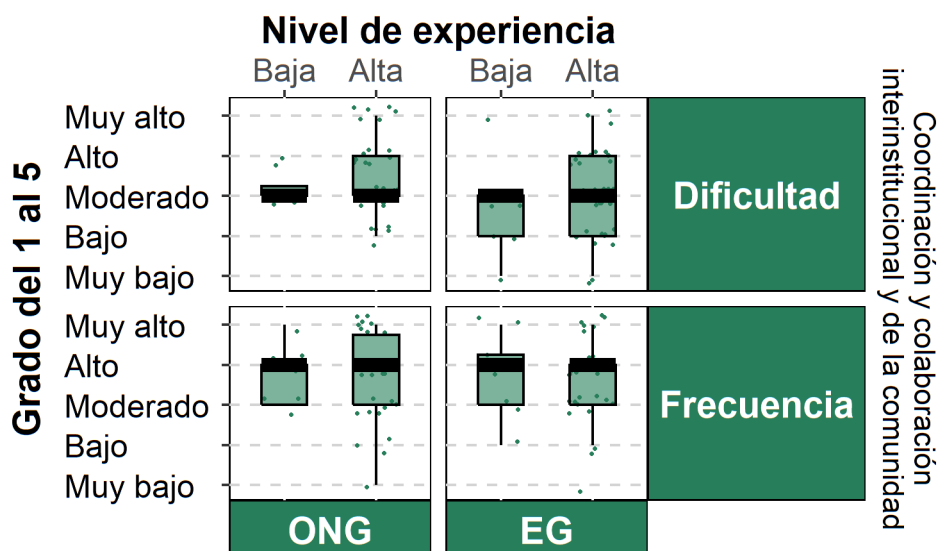


Ilustración 31.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).

RESULTADOS

Nota: El diagrama de cajas muestra la mediana (línea en negrita), los rangos intercuartílicos (caja y bigotes) y las respuestas individuales (puntos).

En las **entrevistas**, se determinó que la colaboración y el trabajo en red, tanto con equipos interdisciplinarios como interdepartamentales e interinstitucionales, son esenciales en todas las fases del proyecto: diseño, implementación y evaluación. Las personas entrevistadas confirmaron que, aunque existe un esfuerzo por cumplir con esta coordinación y colaboración, y cuando se realiza de manera activa, los resultados son de alta calidad, también expresaron que este proceso no siempre es sencillo. De acuerdo con los resultados del cuestionario, se identificaron varias dificultades en este ámbito.

En primer lugar, se comunicó un distanciamiento a diversos **niveles** debido a la jerarquización y multiplicidad de estratos institucionales, que varían entre lo local, autonómico y estatal. La coordinación entre estos estratos depende de factores como la ética de gestión, la voluntad individual de los responsables y las bases políticas bajo las cuales operan. Las personas entrevistadas señalaron que estas relaciones interinstitucionales y multisectoriales a menudo dificultan la flexibilidad y las mejoras a corto plazo (entre ayuntamientos, gobiernos autonómicos, ministerios, departamentos, servicios, entidades y universidades, entre otros).

En segundo lugar, se destacó la falta de colaboración de ciertos grupos sociales, como las **familias**, que fueron mencionadas anteriormente, así como otros actores comunitarios, lo que añade una capa adicional de complejidad a la coordinación y a la efectividad de las intervenciones.

«Entonces hay una descoordinación tal que esto no tiene ni pies ni cabeza. Es decir, realmente sabemos que las políticas eficaces son las que trabajan conjuntamente, donde hay un proyecto, donde hay un plan y que evidentemente tiene que ir entretejiendo las distintas consejerías y las distintas subdirecciones generales y que una sepa cómo va a complementarse el trabajo de las otras. [...] los de tabaco no se hablan con los de alcohol, los de alcohol no quieren saber nada de los otros. Así que, lo que percibo realmente es una descoordinación en todo esto. Y al final, quien siempre pone y manda es el de economía, y entonces el de economía dice que no se puede subir el IVA al alcohol y al tabaco porque entonces se reduce... no sé. Entonces ves que hay discordia, no hay un plan para reducir esto, solo de vez en

"Es importante actuar en la prevención con los jóvenes y realizarlo pronto, actuar desde la familia es algo relevante y para tener en cuenta. Este mundo avanza rápido y las familias están ausentes de todo ello. Necesitan de la colaboración gubernamental. Pudiéndose realizar desde distintos ámbitos (escolar, ...). (01246)

cuando alguien saca una ocurrencia y se considera un programa preventivo, pero no hay.»
(0321)

2.1.5. Capacidad de ajuste a cambios y necesidades emergentes

En el **cuestionario**, encontramos diferencias en la frecuencia y dificultad de esta tarea dependiendo el nivel de experiencia de las y los profesionales (Alta, si más de 10 años en el sector; Baja, si menos de 10 años), así como si pertenecían a una organización no gubernamental (ONG) o entidad gubernamental (EG), ver *Ilustración 32*.

La dificultad fue similar entre los cuatro grupos de variables (3-3,5), mientras que la frecuencia fue algo mayor en ONG con experiencia alta (4) en comparación con las EG (3-3,5). Esto puede reflejar que las entidades gubernamentales enfrentan retos más estructurales al implementar cambios rápidos, en contraste con las ONG que pueden ser más ágiles.

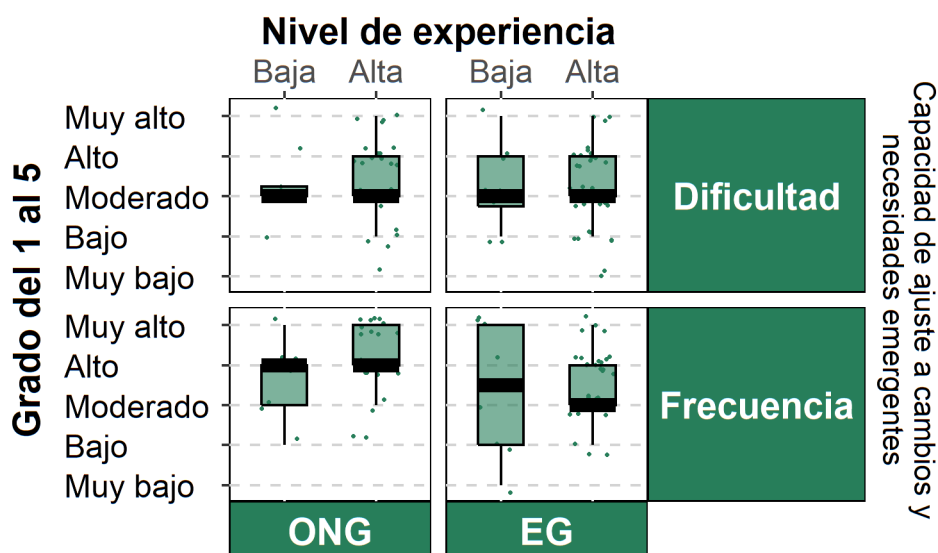


Ilustración 32.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja). Nota: El diagrama de cajas muestra la mediana (línea en negrita), los rangos intercuartílicos (caja y bigotes) y las respuestas individuales (puntos).

En las **entrevistas**, se destacó la adaptación frente a fenómenos emergentes, como necesidades emergentes y la realidad local, como un aspecto muy importante para ofrecer respuestas adecuadas, ágiles y coordinadas. Tal como se evidenció en el cuestionario realizado (*Ilustración 27*), la frecuencia de adaptación es elevada, una tendencia que también fue confirmada por las personas entrevistadas, independientemente del ámbito territorial en el que operaban.

Sin embargo, existen características que dificultan esta capacidad de adaptación, especialmente en proyectos que ya están en desarrollo. Entre las principales dificultades mencionadas se encuentran la falta de recursos, la rigidez en los requisitos de las subvenciones, políticas gubernamentales poco claras y un aumento de la burocracia.

2.1.6. Recopilación de datos de proceso

En el **cuestionario**, encontramos diferencias en la frecuencia y dificultad de esta tarea dependiendo el nivel de experiencia de las y los profesionales (Alta, si más de 10 años en el sector; Baja, si menos de 10 años), así como si pertenecían a una organización no gubernamental (ONG) o entidad gubernamental (EG), ver *Ilustración 33*.

Esta tarea mostró medianas uniformes de dificultad (3-3,5) entre todos los grupos. Sin embargo, en frecuencia los grupos de alta experiencia en las ONG fueron similares a los de baja en EG (4); y al contrario con los menos experimentados de las ONG y los que más de las EG (3-3,5), aunque con tendencias al alza. La homogeneidad en dificultad sugiere que recopilar datos de proceso se percibe como una tarea moderadamente accesible, aunque pueda depender del nivel de recursos técnicos y humanos disponibles. Los resultados mostraron que, en especial, los técnicos y profesionales de las entidades gubernamentales con menos de 10 años en la prevención recopilan más habitualmente datos de proceso que los que tienen más de 10 años y, a su vez, con la misma frecuencia que los más experimentados de las ONG.

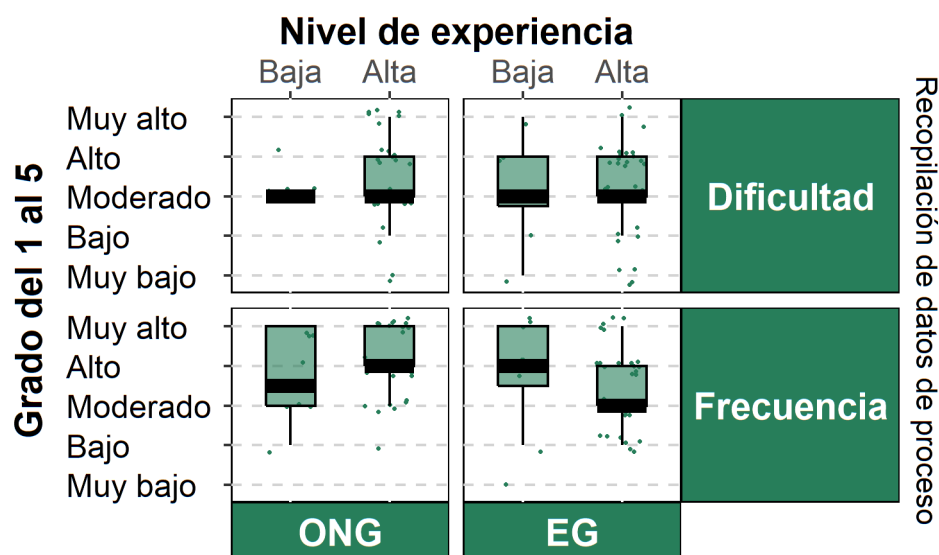


Ilustración 33.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja). Nota: El diagrama de cajas muestra la mediana (línea en negrita), los rangos intercuartílicos (caja y bigotes) y las respuestas individuales (puntos).

La recopilación de datos representa un desafío, especialmente cuando está vinculada a una evaluación de proceso o de resultados. En las **entrevistas**, las personas indicaron que, aunque en ocasiones se realiza de manera adecuada, en muchos otros casos esta recopilación es limitada y superficial. Señalaron que, con frecuencia, los datos provienen de indicadores débiles o meramente numéricos (como el número de sesiones o la cantidad de personas asistentes), lo cual no permite llevar a cabo una evaluación de calidad posterior.

Esta falta de calidad en la recopilación de indicadores genera, en muchos casos, valoraciones basadas en la subjetividad o la intuición. Destacaron que no contar con sistemas de recopilación de datos bien estructurados que proporcionen información útil y de calidad supone un obstáculo significativo para realizar una evaluación de impacto adecuada.

Por último, también se mencionó que la falta de financiamiento sostenido en el tiempo afecta negativamente la recopilación de datos. Aunque el proceso pueda comenzar correctamente, si el presupuesto se ve comprometido en algún momento, el rigor y la constancia en la recopilación de datos se ven reducidos.

«Entonces, sobre el papel deben hacerlo y tienen intención de hacerlo. En la práctica, yo creo que existe un déficit en cuanto a formación que tiene que ver con evaluación de programas y en muchos casos simplemente acaban haciendo cuestionarios de satisfacción, que podría ser algo así como una mini evaluación de proceso, en ningún caso evaluación de resultados. Es un área claramente deficitaria.» (0325)

2.1.7. Capacitación y adaptación del personal

En el **cuestionario**, encontramos diferencias en la frecuencia y dificultad de esta tarea dependiendo el nivel de experiencia de las y los profesionales (Alta, si más de 10 años en el sector; Baja, si menos de 10 años), así como si pertenecían a una organización no gubernamental (ONG) o entidad gubernamental (EG), ver *Ilustración 34*.

RESULTADOS

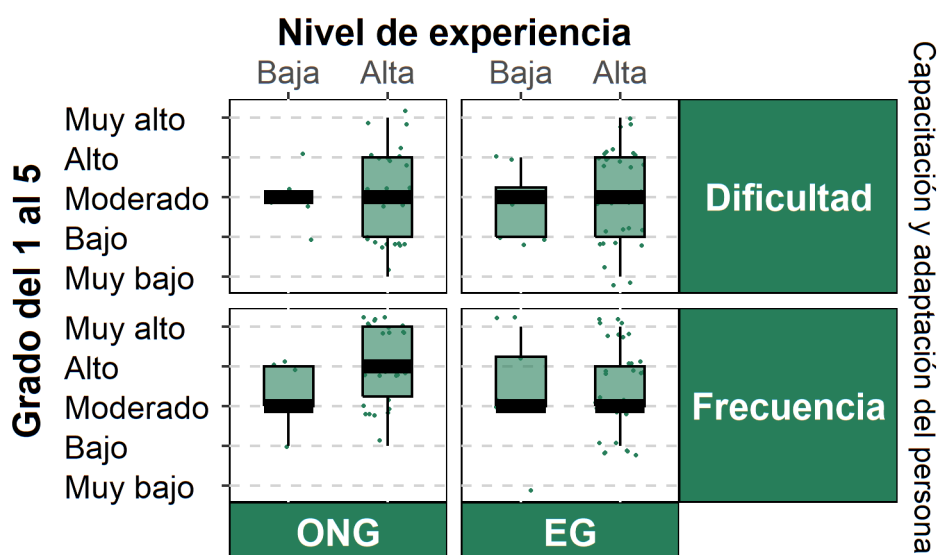


Ilustración 34.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).
Nota: El diagrama de cajas muestra la mediana (línea en negrita), los rangos intercuartílicos (caja y bigotes) y las respuestas individuales (puntos).

Las medianas indican una frecuencia uniforme de 3 en ONG y EG, en todos los grupos, aunque con una dispersión mayor en los más experimentados de ambas entidades. Por otro lado, la dificultad fue similar para todos los grupos (3) menos para los más experimentados de las ONG (4). Esto refleja que la capacitación es una tarea poco integrada en ambas entidades, ya que es la que con menos frecuencia se lleva a cabo, a excepción de los experimentados de las ONG; aunque puede ser percibida como una tarea más rutinaria y menos compleja en comparación con otras.

En las **entrevistas**, las personas participantes coincidieron en que la capacitación y adaptación del personal para abordar el trabajo diario o posibles alteraciones del diseño previsto presentan diversos retos. A pesar de que la adaptabilidad de las personas técnicas es alta, la falta de formación y capacitación específica dificulta la realización de un trabajo con altos estándares de calidad. Esta escasez de profesionales formados y capacitados en prevención u otras áreas especializadas se debe a varios factores, según expusieron las personas entrevistadas:

- **Autoformación.** En algunos casos, se recurre a la autoformación, lo que depende del interés personal de los y las profesionales para capacitarse. Además, se señaló que en ocasiones la formación proviene de fuentes no formales, lo que puede implicar limitaciones en términos de rigurosidad y actualizaciones.
- **Falta de formación específica.** La falta de oferta formativa específica en el ámbito de la prevención y otras tareas especializadas fue identificada como un

aspecto crítico que afecta directamente la capacidad de los y las profesionales para cumplir con los estándares esperados.

- **Falta de formación continua.** La formación descontextualizada o poco actualizada también se mencionó como una limitación importante. Esta situación provoca que el conocimiento no avance en consonancia con los Estándares requeridos para los programas. Por ello, se subrayó la necesidad urgente de un reciclaje constante y de formación periódica para garantizar la calidad del trabajo.
- **Sobrecarga de trabajo.** El exceso de responsabilidades debido a la falta de personal o la sobrecarga de tareas, señalada como un obstáculo principal, dificultó la adaptación a situaciones cambiantes. La falta de tiempo disponible imposibilitó hacer frente a estos retos. Igualmente, se mencionó que destinar horas a la formación, especialmente cuando la carga de trabajo es alta, a menudo resultó ser una tarea imposible de llevar a cabo. Además, en muchos casos, las personas entrevistadas indicaron que no podían prestar toda su atención a las formaciones porque estas se realizaban de manera simultánea con sus responsabilidades laborales, especialmente en el caso de formaciones online.

«Hay más formaciones que antes, pero necesitamos más. Hay formaciones que ayudan, como las de Noctámbulas o Proyecto Malva, pero hace falta más formación porque mejora la calidad de las intervenciones.» (0110. Traducción libre.)

«Yo, lo que sí he defendido y me enfada mucho, es que sólo hay una técnica y el día que yo me vaya me están diciendo que esto pasa a ser técnico medio. Eso sí que lo he ido a hablar con la gerente y me ha dicho que deben volver a valorarlo porque, además, yo reclamo más gente a mi lado porque si no, mirando el plan municipal que hicimos con vosotros, no puedo llegar a todo, es que no puedo.» (0223. Traducción libre.)

2.2. Soluciones propuestas

En esta fase de implementación del programa de prevención de adicciones, los resultados obtenidos a partir de la pregunta sobre las soluciones más relevantes destacan cinco áreas prioritarias. Cada una de estas áreas son las dificultades que las personas participantes consideraron que deben abordarse para mejorar la eficacia del programa. A continuación, detallamos las soluciones más seleccionadas en la *Ilustración 35*, complementadas por comentarios las personas participantes que refuerzan su relevancia y viabilidad.

RESULTADOS

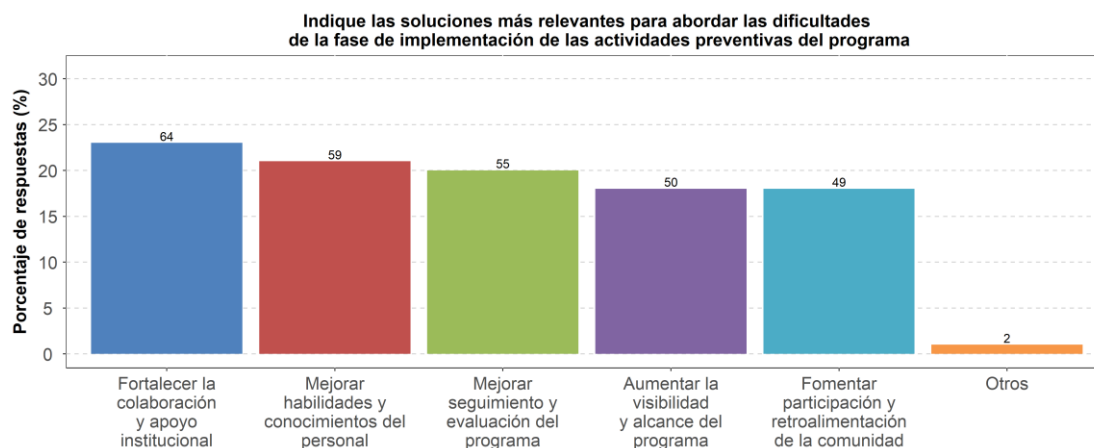


Ilustración 35.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de cada opción de solución de la fase de implementación los programas de prevención en las que las personas participantes del cuestionario eligieron como prioritarias.

2.2.1. Fortalecer la colaboración y apoyo institucional

La solución más priorizada fue «Fortalecer la colaboración y apoyo institucional», seleccionada por el 23,08% de las personas participantes. Este resultado indica que uno de los principales desafíos que enfrenta la implementación de los programas preventivos es la falta de un apoyo estructural por parte de **alianzas interinstitucionales y la coordinación** entre distintos organismos. Un participante comenta: «Es necesaria una apuesta mayor por la prevención, ya que, aunque el tratamiento es fundamental, la prevención es clave en todos los niveles». Esto refleja la percepción general de que la prevención, en términos de recursos y atención, ha sido históricamente subestimada frente a otras áreas, como el tratamiento de las adicciones.

Además, algunas personas participantes sugieren que las **instituciones educativas** deberían tener un papel más activo en la difusión y ejecución de los programas de prevención. Se hizo énfasis en que es necesario garantizar que los y las profesionales dedicados/as a la prevención, especialmente en el ámbito escolar, reciban una compensación adecuada y reconocimiento por su trabajo, lo que podría aumentar la calidad y sostenibilidad de estos programas. Asimismo, propusieron que las administraciones locales y nacionales ofrezcan un apoyo más estructural y estratégico, como la disposición de recursos adicionales y la creación de redes de colaboración efectivas entre entidades públicas y privadas.

2.2.2. Mejorar habilidades y conocimientos del personal

El 20,88% de las personas encuestadas consideró que «Mejorar las habilidades y conocimientos del personal» es una solución fundamental para abordar los problemas que

surgen durante la implementación de los programas. Las personas participantes subrayaron la importancia de ofrecer formación continua tanto a profesionales como a voluntarios/as que participan en los grupos de intervención. Un comentario señaló: «Los espacios de mejora de la Diputación de Barcelona, donde se comparten buenas prácticas, son clave para avanzar». Esta observación pone de manifiesto la importancia de crear **plataformas** donde se puedan intercambiar experiencias y aprendizajes, contribuyendo así al desarrollo profesional del personal involucrado.

Entre las sugerencias más recurrentes destacó la necesidad de establecer un **sistema de acreditación formal** para los y las agentes que trabajan en prevención, así como la creación de espacios de formación diseñados específicamente para ellos/as. Además, algunas personas participantes mencionaron que la falta de coordinación entre áreas se debe en gran parte a las carencias formativas de quienes tienen responsabilidades de coordinación, lo que bloquea el desarrollo eficaz de las actividades preventivas. Por ello, muchos/as abogaron por ampliar la oferta de cursos y recursos educativos, que no solo mejoren el conocimiento técnico del personal, sino también su capacidad de trabajar en entornos multidisciplinarios y de colaboración.

2.2.3. Mejorar seguimiento y evaluación del programa

Una tercera área prioritaria, con un 19,78% de las respuestas, fue la necesidad de «Mejorar el seguimiento y la evaluación del programa». Este resultado refleja la preocupación generalizada por la falta de mecanismos eficaces para medir el impacto real de los programas preventivos. Los y las participantes consideraron que, para lograr una implementación exitosa, es esencial contar con herramientas de evaluación que permitan no solo recoger las opiniones de las personas participantes, sino también realizar estudios sobre los efectos a largo plazo de las intervenciones. Un participante comentó: «Es imprescindible saber el impacto que generan los programas que estamos implementando».

Entre las propuestas, destacaron la **creación de software específico** que facilite la evaluación continua y sistemática de los programas, asegurando que los datos recogidos sean precisos y accesibles. Además, las personas participantes sugirieron que se debe mejorar la digitalización y la gestión de los sistemas de seguimiento, lo que ayudaría a obtener datos más completos y longitudinales. Este enfoque permitiría no solo evaluar la eficacia de los programas actuales, sino también hacer ajustes en función de los resultados obtenidos, lo que aumentaría la efectividad general del programa preventivo.

2.2.4. Aumentar la visibilidad y alcance del programa

El 17,95% de las personas participantes priorizó la necesidad de «Aumentar la visibilidad y el alcance del programa». Los comentarios reflejaron una preocupación común: los programas preventivos no están llegando a un número suficiente de personas. Un participante señaló: «Llegamos a un pequeño número de población porque la difusión se queda escasa y/o porque no se logra motivar lo suficiente». Esto sugiere que las estrategias actuales de comunicación no son lo suficientemente eficaces para sensibilizar a la población sobre la importancia de la prevención de adicciones.

Entre las soluciones propuestas, sugirieron el uso más efectivo de las **redes sociales y otros medios digitales**, así como la realización de **campañas de marketing** y publicidad que destaquen la relevancia de la prevención. En este sentido, mencionaron la necesidad de adaptar los mensajes y materiales preventivos a los canales y formatos más frecuentados por la juventud, con el fin de aumentar su alcance. Además, algunas personas participantes sugirieron que una mayor visibilidad pública del programa, a través de reconocimientos y certificaciones, podría contribuir a mejorar la percepción social de la prevención y motivar a más personas a involucrarse activamente en estas iniciativas.

2.2.5. Fomentar participación y retroalimentación de la comunidad

Finalmente, el 17,58% de las personas encuestadas consideró prioritario «Fomentar la participación y retroalimentación de la comunidad». Esta solución apunta a la necesidad de involucrar más activamente a las familias y a otros actores comunitarios en los programas de prevención, ya que el ámbito educativo, por sí solo, no es suficiente para generar un impacto significativo. Un participante comentó: «Es necesario llegar más a las familias y otros contextos del ámbito comunitario porque el ámbito educativo no es suficiente».

Propusieron la creación de protocolos de coordinación entre la **administración**, la **comunidad** y las **entidades** intervinientes, lo que permitiría una mayor sinergia entre actores clave. Además, sugirieron establecer vías de participación que incluyan a la **población destinataria** de los programas, de modo que puedan contribuir activamente tanto en la elaboración como en la evaluación de las iniciativas preventivas. mencionaron la posibilidad de organizar jornadas anuales de debate sobre los retos de la prevención, donde se dé voz a las distintas perspectivas, incluidas las de las comunidades afectadas. Este enfoque participativo no solo mejoraría la implementación de los programas, sino que también generaría un sentido de corresponsabilidad en la comunidad, lo que podría fortalecer la eficacia a largo plazo de las iniciativas preventivas.

Fase 3: Evaluación de resultados e impacto del programa

3.1. Dificultades y frecuencia de realización de las tareas

En general, las tareas relacionadas con **dificultad percibida** presentaron valores más altos que las de **frecuencia de ejecución**, lo que sugiere que los y las profesionales reconocen los altos desafíos inherentes a estas actividades, por lo que no siempre logran integrarlas regularmente en sus rutinas de trabajo. Fue en esta fase donde encontramos las menores frecuencias y las más altas dificultades de media. A continuación, explicamos cada una de ellas en detalle y en la *Ilustración 36* presentamos su visualización conjunta en gráficos de caja.

La tarea de **concluir con decisiones informadas basadas en evidencia empírica** presentó una mediana de dificultad percibida de 4, con tendencia al alza; reflejando la exigencia de habilidades avanzadas en análisis y síntesis de datos para poder cumplirla. En contraste, su frecuencia de ejecución mostró una mediana de 3, lo que podría atribuirse a limitaciones como el acceso insuficiente a herramientas analíticas o la falta de formación especializada. Este hallazgo sugiere que la conexión entre la toma de decisiones y el uso de datos podría estar consolidándose, pero todavía no es plenamente rutinaria.

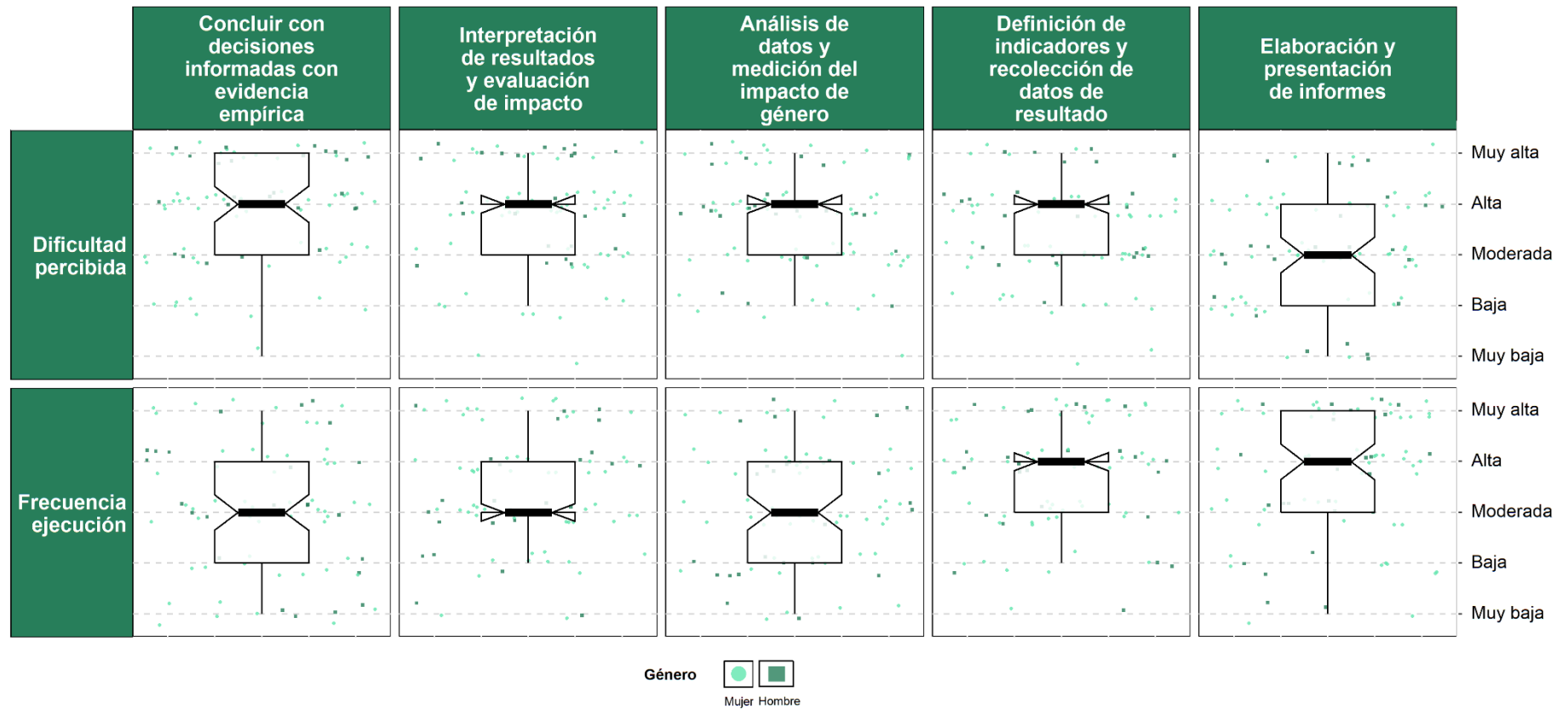
La **interpretación de resultados y evaluación de impacto** también alcanzó una mediana de 4 en dificultad, evidenciando que también es una tarea compleja. Por ejemplo, recolectar y comprender resultados en su contexto y valorar su impacto demanda competencias técnicas que pueden no estar tan desarrolladas en todos los equipos. Su frecuencia de ejecución, con una mediana de 3, aunque con una dispersión al alza, señala bastantes barreras prácticas, como la priorización de tareas más inmediatas o la falta de recursos disponibles.

El **análisis de datos y la medición del impacto de género**, una tarea que asegura que la perspectiva de género se está teniendo en consideración, presentó un nivel alto de dificultad percibida con una mediana de 4, al igual que las siguientes dos tareas. Su frecuencia fue menor, con una mediana de 3, y siendo la más baja de las tareas en conjunto con la de concluir los proyectos mediante decisiones informadas con evidencia empírica. Esto sugiere que, a pesar de ser una prioridad estratégica, enfrenta retos como, por ejemplo, la falta de capacitación adecuada en enfoques con perspectiva de género, carencias en la disponibilidad de datos desagregados, el acceso a software o a poseer habilidades analíticas más complejas para el uso de Excel u otras herramientas de procesamiento de datos.

RESULTADOS

En cuanto a la ***definición de indicadores y recolección de datos de resultado***, tanto la dificultad percibida como la frecuencia de ejecución alcanzaron una mediana de 4, algo más alta que el resto de tarea. Esto refleja que esta tarea es vista como una de las principales en el proceso de evaluación, pero su complejidad técnica exige bastante esfuerzo por parte de los y las profesionales. Por lo que apuntamos la necesidad de mejorar las metodologías y formación adicional en análisis de datos tanto en la recolección como en la definición de qué datos se van a recolectar (indicadores) y su significado.

HIGIEA



*Ilustración 36.- Grado de dificultad y frecuencia de las tareas de la fase de evaluación de los programas de prevención según los años de experiencia en el área.
Nota: datos representados a través de un diagrama de cajas en el que la línea en negra es la mediana. La muesca es el intervalo de confianza del 95%. La caja y los bigotes son los rangos intercuartílicos.*

RESULTADOS

Finalmente, la **elaboración y presentación de informes** mostró una mediana de 4 en frecuencia de ejecución, mientras que la dificultad percibida fue algo menor, con una mediana de 3. Esto indica que esta tarea está bien integrada en las prácticas habituales de los técnicos y probablemente resulta menos desafiante en términos técnicos. Sin embargo, podría haber margen para optimizar la efectividad en la comunicación de los resultados.

A continuación, presentamos un análisis detallado de cada tarea abordada en el cuestionario, teniendo en cuenta las dos variables principales analizadas: nivel de experiencia y tipo de entidad. Asimismo, incorporamos información relevante aportada por las personas participantes en las entrevistas sobre estas tareas clave, proporcionando una visión integral de esta fase.

3.1.1. Concluir con decisiones informadas con evidencia empírica

En el **cuestionario**, encontramos diferencias en la frecuencia y dificultad de esta tarea dependiendo el nivel de experiencia de las y los profesionales (Alta, si más de 10 años en el sector; Baja, si menos de 10 años), así como si pertenecían a una organización no gubernamental (ONG) o entidad gubernamental (EG), ver *Ilustración 37*.

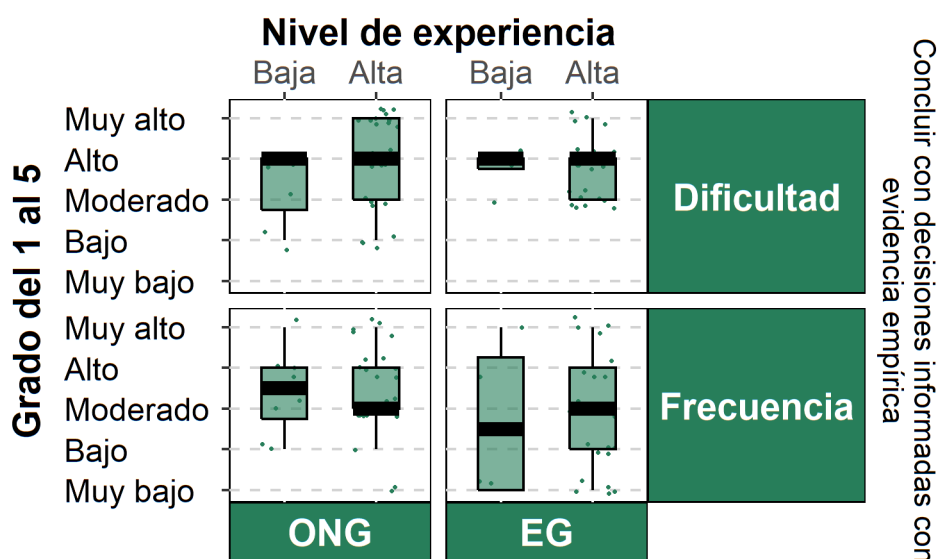


Ilustración 37.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja). Nota: El diagrama de cajas muestra la mediana (línea en negrita), los rangos intercuartílicos (caja y bigotes) y las respuestas individuales (puntos).

En esta tarea, observamos diferencias sutiles entre los tipos de entidades y niveles de experiencia en los grados de dificultad percibida. La mediana para los cuatro grupos que comparamos fue de 4, indicando altos desafíos para llevarla a cabo. Sin embargo, los y las profesionales de las ONG con experiencia alta reportaron una dificultad con

tendencias más altas, aunque no significativas con respecto a los otros grupos. La frecuencia de ejecución varió según ambas variables. Los más experimentados de ambas entidades realizaron esta actividad de forma moderada (3), mientras que los menos experimentados variaron su ejecución dependiendo el tipo de entidad: los de las ONG lo hicieron más habitualmente (3,5) que los de las EG (2,5).

En las **entrevistas**, la evidencia científica se presentó como un aspecto transversal en todas las respuestas, destacándose como uno de los elementos más relevantes en el diseño, implementación y evaluación de programas. La importancia de basarse en evidencia fue ampliamente reconocida por los y las profesionales, pero, como nos comunicaron, su aplicabilidad no es siempre absoluta.

Diversos factores dificultan su integración efectiva en la práctica, como ya se ha detallado a lo largo del informe: la falta de herramientas adecuadas, la escasez de tiempo y recursos, la ausencia de una evaluación realizada con altos estándares de calidad, así como la carencia de estudios longitudinales y de seguimiento a largo plazo.

Uno de los aspectos en los que se hizo mayor énfasis fue la falta de evaluación, considerada una de las principales barreras para asegurar la calidad de los programas. La dificultad de aplicar evaluaciones rigurosas en las distintas fases del proyecto implica que, al concluir el programa, se reaviva la problemática inicial relacionada con la falta de datos precisos y análisis sistemáticos.

«Y claro, si quieres hacer una buena evaluación, tienes que hacerla. Y si no sabes hacer esa buena evaluación, pues no puedes presentarte al portal de buenas prácticas y es como una pescadilla que se muerde la cola, ¿no? Y los que a lo mejor pueden estar funcionando muy bien y pueden ser muy validados, y pueden validarse muy positivos, pero si nadie los evalúa, ¿quién los va a evaluar? ¿Los propios que los están implementando? Pues los que los implementan no tienen esa capacidad de trabajo para poder implementarlos y hacer una evaluación en condiciones.»
(0103)

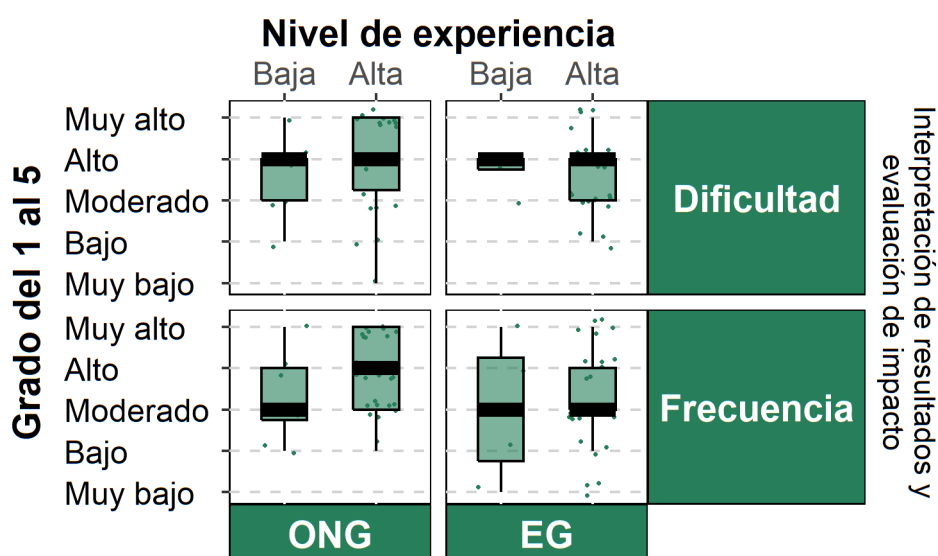
3.1.2. Interpretación de resultados y evaluación de impacto

En el **cuestionario**, encontramos diferencias en la frecuencia y dificultad de esta tarea dependiendo el nivel de experiencia de las y los profesionales (Alta, si más de 10 años en el sector; Baja, si menos de 10 años), así como si pertenecían a una organización no gubernamental (ONG) o entidad gubernamental (EG), ver *Ilustración 38*.

La interpretación de resultados fue consistente en términos de dificultad en los cuatro grupos (mediana de 4); aunque con mayor dispersión y con tendencias más al alza en los más experimentados de las ONG. Las entidades gubernamentales mostraron menos variabilidad, lo que puede indicar procesos más estructurados para realizar esta tarea. Sin embargo, sí notamos diferencias en frecuencia. Las ONG reportaron una mayor

RESULTADOS

ejecución (mediana de 3,5 frente a 3 para EG), especialmente entre los y las profesionales con experiencia alta (4). Esto podría estar relacionado con limitaciones en los recursos disponibles o en la falta de capacitación especializada en evaluación de impacto.



*Ilustración 38.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).
Nota: El diagrama de cajas muestra la mediana (línea en negrita), los rangos intercuartílicos (caja y bigotes) y las respuestas individuales (puntos).*

En las **entrevistas**, se destacó la necesidad urgente de fortalecer la capacidad para interpretar resultados y tomar decisiones fundamentadas en evidencia empírica. Aunque se realizan análisis cualitativos y cuantitativos, la capacidad para llevar a cabo análisis estadísticos sigue siendo un desafío importante.

La falta de datos de proceso y el desconocimiento sobre cómo implementar evaluaciones de impacto limitan considerablemente la toma de decisiones informadas. Esta carencia implica que, en muchas ocasiones, los programas se centren en la visualización y difusión de buenas prácticas sin medir adecuadamente el impacto preventivo en términos conductuales. Además, las evaluaciones realizadas tienden a enfocarse en aspectos como cuestionarios de satisfacción, los cuales, aunque son relevantes, no permiten medir los cambios de comportamiento ni el impacto a largo plazo. La incapacidad de realizar autoevaluaciones ha llevado a los y las profesionales entrevistadas a señalar la necesidad de contratar personal externo especializado para que guíe y forme a los equipos en la evaluación de programas y en el análisis de los resultados obtenidos.

«Entonces, pues bueno, siempre les intento ayudar un poco en esa negociación, pero para que colaboren con gente externa, porque desde dentro es que no van a saber sacarle toda la chispa a una evaluación y además va a quedar un poco flojito que tú misma evalúes tus cosas.» (0327)

3.1.3. Análisis de datos y medición del impacto de género

En el **cuestionario**, encontramos diferencias en la frecuencia y dificultad de esta tarea dependiendo el nivel de experiencia de las y los profesionales (Alta, si más de 10 años en el sector; Baja, si menos de 10 años), así como si pertenecían a una organización no gubernamental (ONG) o entidad gubernamental (EG), ver *Ilustración 39*.

Esta tarea tuvo una mediana de **dificultad** de 4 para ambas entidades y niveles de experiencia, a excepción de los menos experimentados de las EG (3,5), quienes posiblemente enfrentan menos retos relacionados con la integración de perspectiva de género en sus análisis. Los más experimentados de las ONG fueron los que más reportaron encontrar dificultades para realizar el análisis de datos de sus proyectos; posiblemente porque pueden ser más conscientes de las limitaciones metodológicas y poseer conocimientos específicos para integrar el impacto de su inclusión de perspectiva de género.

En cuanto a la **frecuencia**, encontramos diferencias significativas entre los tipos de entidad: las ONG analizan datos de forma más habitual (4) que los de las EG (2,5); aunque los más experimentados de las EG reportaron realizarla con niveles más variados de frecuencia. Esto podría sugerir que su participación depende del contexto específico o la naturaleza del proyecto, destacando la diversidad de roles dentro de las entidades gubernamentales. Por otro lado, los menos experimentados de las EG raramente reportaron analizar datos; esto es, de forma menos habitual que cualquier otro grupo (2), lo cual podría estar relacionado con una menor implicación en procesos analíticos complejos o con el uso de metodologías predefinidas que simplifican su trabajo.

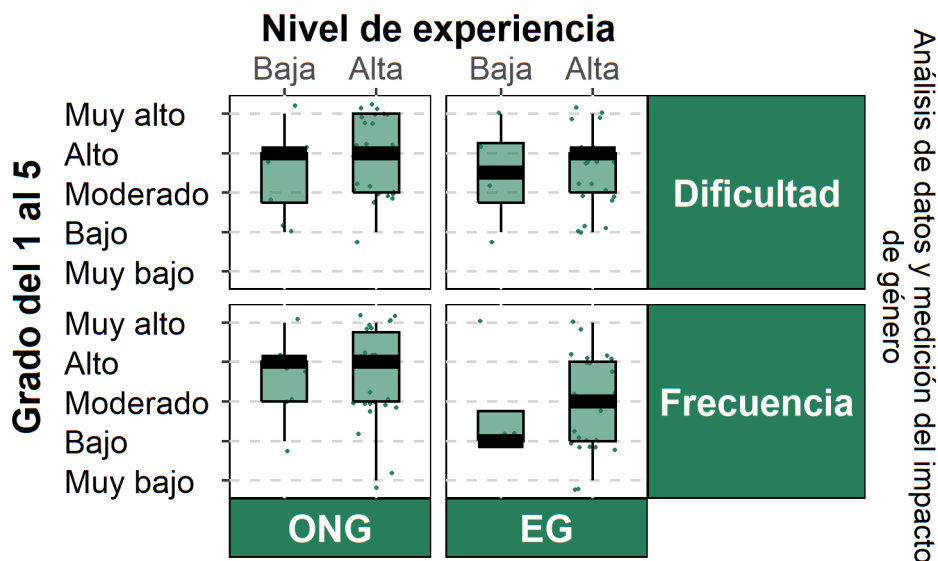


Ilustración 39.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).

RESULTADOS

Nota: El diagrama de cajas muestra la mediana (línea en negrita), los rangos intercuartílicos (caja y bigotes) y las respuestas individuales (puntos).

En las **entrevistas**, se evidenció un desconcierto generalizado sobre cómo realizar análisis de datos en la fase de evaluación del programa, siendo este uno de los problemas más latentes señalados por la mayoría de las personas entrevistadas. La falta de herramientas estandarizadas, recursos adecuados y habilidades técnicas fueron identificados como los principales factores que dificultan esta parte crucial del proyecto.

Aunque en ocasiones, a pesar de las dificultades, se logran recopilar datos de proceso, su análisis se convierte en una tarea compleja debido a la escasez de personal especializado en la materia. La falta de recopilación de datos durante la fase de implementación agrava aún más esta problemática.

Los y las profesionales enfatizaron la alta necesidad de colaborar con expertas y expertos en el ámbito de evaluación para contrarrestar esta deficiencia a lo largo del desarrollo del programa. A pesar de que, en ocasiones, la evaluación y el análisis de datos se perciben como una fase final del programa, y a menudo se dejan de lado, se resaltó que forman parte integral del marco lógico del mismo.

«Entonces quienes hacen programas de prevención asumen que ellos mismos tienen que evaluar, ¿no? Claro, ellos tienen que poner todo lo que es un sistema de monitoreo, tienen que hacer, pero el evaluador es un rol distinto.» (0107)

«De hecho, incluso los políticos o coordinadores nos han dicho que las evaluaciones externas deberían estar dentro de la financiación porque las autoevaluaciones no dan la rigurosidad necesaria. Es necesario tener conocimientos sobre evaluación para que pueda evaluarse. Pero una evaluación externa es lo que da mayor validez a un estudio.» (0110. Traducción libre.)

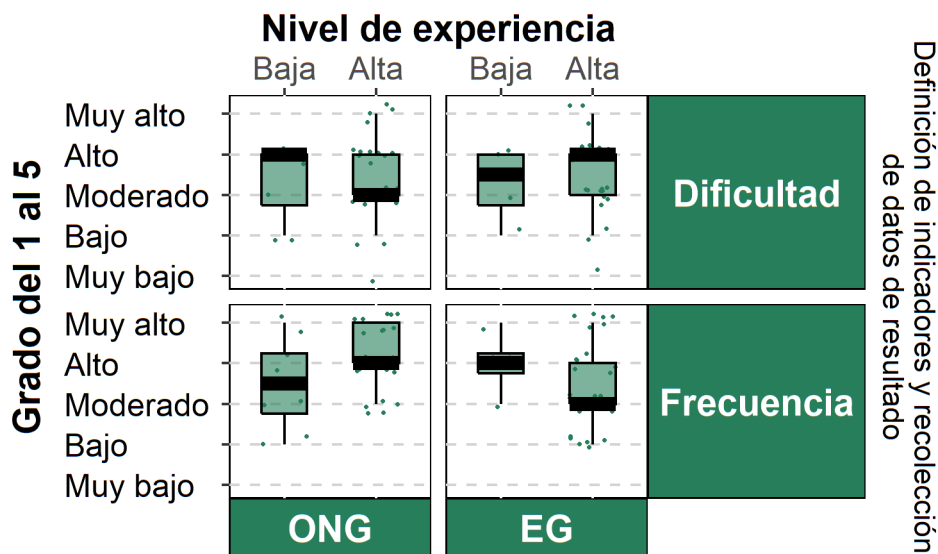
En cuanto a la integración de la **perspectiva de género** en los proyectos, las personas participantes destacaron una imprecisión vinculada a las fases previas a la evaluación. Esta carencia se manifiesta de manera evidente en la medición del impacto de género de los programas. Aunque comúnmente se realizan segregaciones de datos por sexo, esta técnica fue considerada insuficiente para lograr una medición de impacto real. Como se mencionó en diversas ocasiones, la baja capacitación en evaluación, junto con la limitada formación en perspectiva de género, dificulta considerablemente el abordaje de este análisis por parte de las personas técnicas implicadas en los programas.

«Creo que me da la sensación, [...], de que muchas veces las exigencias en cuanto a la visión de género de las instituciones son superfluas. O sea, con que me desagreguen los datos por género... y eso no es perspectiva de género, eso es hacer una estadística bastante sencilla.» (0202)

3.1.4. Definición de indicadores y recolección de datos de resultado

En el **cuestionario**, encontramos diferencias en la frecuencia y dificultad de esta tarea dependiendo el nivel de experiencia de las y los profesionales (Alta, si más de 10 años en el sector; Baja, si menos de 10 años), así como si pertenecían a una organización no gubernamental (ONG) o entidad gubernamental (EG), ver *Ilustración 40*.

En esta tarea encontramos diferencias entre las medianas de ambas variables, es decir, entre los 4 grupos tanto en dificultades como en frecuencia de ejecución. La frecuencia en esta tarea fue similar entre tipos de entidades (alrededor de 3,5). Sin embargo, entre niveles de experiencia los que con más frecuencia definieron indicadores y recolectaron datos de resultado fueron los más experimentados de las ONG (4, con tendencia al alza); encontramos lo contrario en las EG, quienes los que con menos frecuencia lo hicieron fueron los más experimentados (3, aunque con tendencia a una mayor frecuencia). En términos de dificultad, no hubo diferencias significativas entre los grupos (mediana de 3,5 en ambos tipos de entidades), pero nuevamente sí hubo entre niveles de experiencia. Precisamente el grupo que ejecutó esta tarea con mayor frecuencia fue el que reportó encontrar menos dificultades (3). Esto podría indicar que, cuanto más se realiza esta tarea, menos complejidades se encuentran para analizar indicadores y recolectar datos relevantes para los proyectos.



*Ilustración 40.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja).
Nota: El diagrama de cajas muestra la mediana (línea en negrita), los rangos intercuartílicos (caja y bigotes) y las respuestas individuales (puntos).*

La definición de indicadores presentó un reto notable por parte de la mayoría de las **entrevistas**, principalmente en los indicadores que tienen que medir el impacto de sus

RESULTADOS

programas. También denotaron un elevado grado de dificultad para medir la evaluación de resultados y en algunos casos también la de procesos.

Las valoraciones hechas en las entrevistas fueron bastante parejas y se redujeron en cuatro puntos centrales:

- **Baja calidad de los indicadores recopilados.** Se observó una importante confusión entre los datos de proceso y los de resultado. Comúnmente, cuando el personal técnico afirmaba estar evaluando los resultados, en realidad estaba recopilando datos de proceso. La simple recopilación de indicadores no constituye una evaluación de resultados, ya que esta requiere, entre otras cosas, información previa y posterior que permita identificar cambios.
- **Falta de indicadores y herramientas.** La ausencia de indicadores estandarizados y de herramientas de evaluación fue una de las dificultades más señaladas. La falta de acceso a indicadores con rigor científico y el desconocimiento de herramientas de evaluación constituyeron uno de los mayores desafíos al intentar llevar a cabo una evaluación adecuada.
- **Inconsistencia en los objetivos.** La correcta definición de objetivos es fundamental para una evaluación efectiva. Un mal planteamiento de los objetivos, o la redacción de objetivos poco realistas, dificultan considerablemente la evaluación. Es imposible realizar una evaluación de calidad si los objetivos son irrealizables desde el inicio, dadas las capacidades disponibles para el programa.
- **Falta de rigor científico.** En varias ocasiones, se destacó el escaso apoyo externo disponible para llevar a cabo evaluaciones de calidad en todas sus fases (proceso, resultado e impacto). La dificultad de realizar una evaluación interna adecuada, debido a la falta de conocimiento y formación en el área, sumada a la escasez de apoyo externo especializado, fue identificada como uno de los mayores retos a superar.

«Pero claro, si no tengo ni la experiencia ni tengo los conocimientos ni tengo a alguien que me ayuda ni entiendo ni puedo traducir de manera práctica, ¿cuál es la manera de hacerlo?, me veo muy limitada y pasa lo que pasa, que lo acabamos dejando por el final y nunca lo hacemos. Por tanto, yo considero totalmente necesario esta mano externa.» (0106. Traducción libre.)

En las **entrevistas**, en cuanto a la recolección de datos de resultado, la falta de sistematización en el proceso se presentó como una problemática recurrente, atribuida principalmente a la escasez de recursos y tiempo. Esta limitación plantea serios desafíos al llegar a la etapa de evaluación de resultados, ya que afecta directamente a la capacidad de medir el impacto real de los programas.

La mayoría de las personas entrevistadas coincidió en que la metodología empleada para la recolección de datos se basa principalmente en cuestionarios y valoraciones cualitativas. Sin embargo, se reconoció que estas herramientas eran superficiales y deficientes, lo que a menudo derivaba en valoraciones subjetivas. Además, la falta de participación de los destinatarios en el proceso de provisión de datos necesarios para la evaluación fue identificada como otro obstáculo importante.

Finalmente, se destacó que, aunque se hacía un esfuerzo por recopilar datos de proceso y realizar evaluaciones a corto plazo, rara vez se llevaban a cabo evaluaciones de resultado o de impacto a largo plazo. En la mayoría de los casos, la recolección de datos se centraba únicamente en el proceso, sin considerar los resultados de la intervención a lo largo del tiempo.

«Los indicadores son solo numéricos de proceso: número de sesiones, número de alumnos, número de padres que han asistido. Y la calidad la intuimos basándonos en conversaciones o en la sensación que nos ha dado, si han participado mucho.» (0118)

3.1.5. Elaboración y presentación de informes

En el **cuestionario**, encontramos diferencias en la frecuencia y dificultad de esta tarea dependiendo el nivel de experiencia de las y los profesionales (Alta, si más de 10 años en el sector; Baja, si menos de 10 años), así como si pertenecían a una organización no gubernamental (ONG) o entidad gubernamental (EG), ver *Ilustración 41*.

La frecuencia de esta tarea fue significativamente menor en las EG (mediana de 3,5) en comparación con las ONG, donde los valores fueron 4 con tendencia a ser muy alta (5), para ambos niveles de experiencia. En términos de dificultad, las ONG con experiencia alta reportaron una mayor dificultad percibida (mediana de 3,5), mientras que las EG se mantuvieron más consistentes (mediana de 3, para ambos niveles). Esto puede reflejar una mayor familiaridad de las EG con formatos estandarizados de informes; y a su vez una mayor exigencia de generar informes regularmente por parte de las ONG para justificar la continuidad de los proyectos ante financiadores externos.

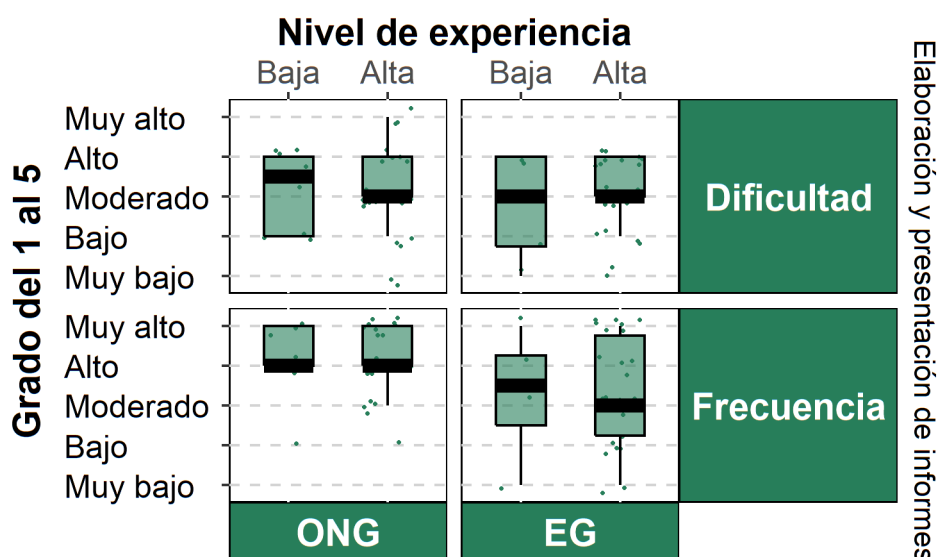


Ilustración 41.- Nivel de dificultad y frecuencia de las tareas en la fase de conceptualización y diseño según tipo de organización (gubernamental o no gubernamental) y nivel de experiencia (alta o baja). Nota: El diagrama de cajas muestra la mediana (línea en negrita), los rangos intercuartílicos (caja y bigotes) y las respuestas individuales (puntos).

En las **entrevistas**, la elaboración y presentación de informes se destacó como una tarea frecuente, aunque con ciertos desafíos. Según los resultados obtenidos en el cuestionario, la frecuencia de realización de estos informes es alta, mientras que la dificultad se presenta como moderada. Esta tendencia se refleja en las entrevistas, donde las personas profesionales señalaron que, si bien los informes se elaboran de manera constante, la principal dificultad radica en la evaluación de resultados e impacto. En este sentido, la falta de indicadores sólidos y un análisis más profundo fueron identificados como limitaciones significativas.

Por lo tanto, aunque los informes se producen de forma regular, no siempre cumplen con los estándares de calidad y rigor que se esperan, lo que refleja la necesidad de mejorar la capacidad analítica en estas áreas. Finalmente, algunos participantes sugirieron que, con una financiación más adecuada y tiempo adicional, se podrían elaborar informes de mayor calidad, lo que subraya la relación directa entre los recursos disponibles y la mejora en la elaboración de estos informes.

3.2. Soluciones propuestas

En la *Ilustración 42* de la fase de **evaluación de los programas de prevención**, identificamos una serie de soluciones prioritarias, seleccionadas por los y las participantes en función de las necesidades percibidas para mejorar este proceso. A continuación,

detallamos las cinco soluciones más mencionadas, en orden de prioridad, basadas en los resultados de la encuesta que realizamos.

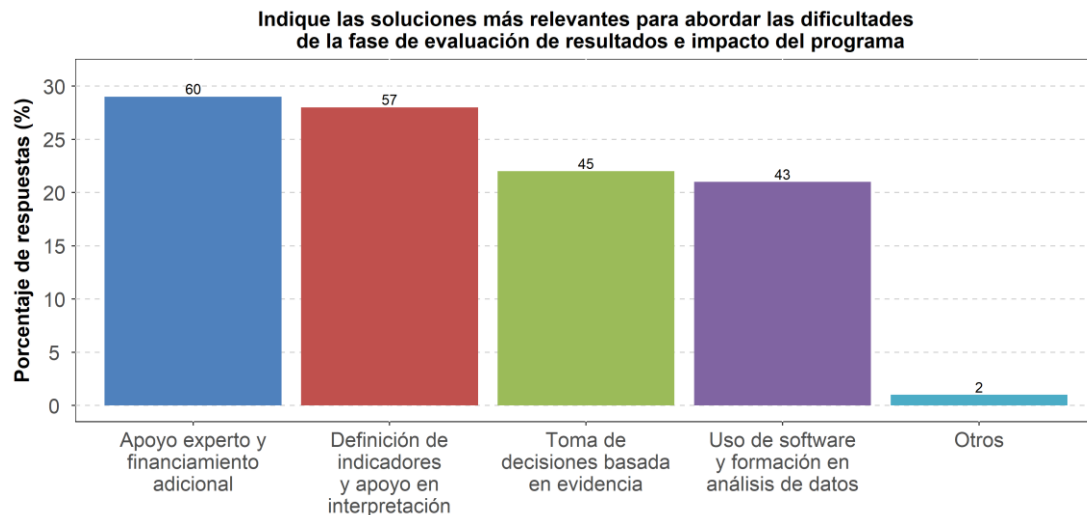


Ilustración 42.- Porcentaje de respuestas realizadas y número de respuestas absoluto de cada opción de solución de la fase de evaluación los programas de prevención en las que las personas participantes del cuestionario eligieron como prioritarias.

3.2.1. Apoyo experto y financiamiento adicional

La solución más priorizada por las personas encuestadas, con un 28,71%, fue la de contar con apoyo experto y financiamiento adicional. Este resultado refleja la necesidad de recursos específicos destinados exclusivamente a la evaluación de los programas, así como la colaboración con expertos externos. Varios/as participantes destacaron que el apoyo de organismos especializados es fundamental para una evaluación técnica y rigurosa. Un comentario representativo mencionó: «Debe existir un acompañamiento constante por parte de expertos en evaluación, junto con una financiación específica para este fin».

Además, las personas encuestadas señalaron la importancia de colaborar con universidades y otras instituciones académicas, para aprovechar su experiencia y conocimientos en evaluación de programas sociales. Asimismo, remarcaron la necesidad de alianzas estratégicas con entidades que dispongan de recursos y capacidades técnicas, para asegurar que el proceso de evaluación no dependa exclusivamente de los fondos destinados a la intervención.

3.2.2. Definición de indicadores y apoyo en interpretación

Con un 27,72%, la segunda solución más priorizada fue la necesidad de definir indicadores y obtener apoyo en la interpretación de los resultados. Los y las participantes subrayaron que, en muchas ocasiones, los programas carecen de indicadores uniformes y bien definidos, lo que dificulta la evaluación comparativa y el análisis de la efectividad.

En los comentarios resaltaron la importancia de trabajar con indicadores que sean comparables a nivel local y, de ser posible, a nivel nacional e internacional. Un encuestado señaló: «debemos contar con un conjunto de indicadores comunes que nos permita medir resultados de manera más precisa y uniforme». Además, destacaron la importancia de que estos indicadores incorporen la perspectiva de género, lo cual fue mencionado en varios comentarios como un aspecto fundamental para asegurar una evaluación inclusiva y representativa.

3.2.3. Toma de decisiones basada en evidencia

Fue seleccionada por un 21,78% de los y las participantes, como una solución necesaria para mejorar la evaluación de los programas. Se resaltó que, para garantizar la efectividad de las intervenciones, es esencial que las decisiones sobre su implementación y ajuste se basen en análisis rigurosos de datos y en una evaluación científica de los resultados.

Algunos/as participantes mencionaron la necesidad de acceder a bases de datos confiables y actualizadas, para poder realizar un análisis comparativo de los programas a nivel local y regional. Sin embargo, también se identificaron barreras, como el acceso restringido a ciertos recursos de información, lo cual puede limitar el proceso de toma de decisiones fundamentadas. Un comentario destacó: «Aunque tenemos acceso a bases de datos, algunos materiales son de pago, lo que dificulta la consulta de información relevante para la evaluación».

3.2.4. Uso de software y formación en análisis de datos

Esta solución fue priorizada por un 20,79% de las personas encuestadas. Los y las participantes identificaron la necesidad de dotar al personal técnico de herramientas tecnológicas avanzadas para facilitar tanto la evaluación de los programas como la interpretación de los datos obtenidos.

Algunos comentarios sugieren que el uso de software especializado en análisis de datos estadísticos permitiría un mayor nivel de precisión y eficiencia en la evaluación. Además, varios/as participantes mencionaron la importancia de recibir formación

continúa en el manejo de estas herramientas. Por ejemplo, «es fundamental que se ofrezca formación en técnicas avanzadas de análisis y en el uso de programas estadísticos para poder realizar evaluaciones más exhaustivas».

La necesidad de recursos adicionales para la implementación de software también fue mencionada en varias ocasiones, así como el acceso a herramientas comunes que puedan ser utilizadas por los equipos técnicos en distintas áreas de intervención.

3.2.5. Otras soluciones

Finalmente, el 1% de las personas encuestadas seleccionó la categoría de **otras soluciones**, que recoge varias observaciones dispersas sobre las dificultades para evaluar programas de prevención debido a la falta de financiación específica y la falta de coordinación entre actores. Un comentario señaló: «Las actividades de prevención a menudo se difuminan dentro de otras acciones más amplias, lo que complica su evaluación».

Los y las participantes mencionaron que, en muchos casos, las actividades se desarrollan de forma transversal en lugar de estar enmarcadas dentro de programas específicos con objetivos definidos, lo que dificulta el seguimiento y la medición de su impacto real. Además, algunos/as participantes señalaron la falta de coordinación entre diferentes actores involucrados en la implementación de los programas, lo que complica la evaluación técnica y dificulta la toma de decisiones basada en evidencia.

Calidad y efectividad

De manera general, los resultados reflejan una percepción diversa sobre la calidad y efectividad de los programas de prevención de adicciones en España. La mediana más alta se observó en la **necesidad de un cambio a nivel político en prevención**, lo que denota un consenso importante respecto a la relevancia de impulsar transformaciones en el ámbito político. Por el contrario, las puntuaciones más bajas estuvieron asociadas al **nivel general actual en España**, lo que evidencia cierto descontento o percepción de áreas críticas a mejorar. Los demás aspectos, como la **resistencia al cambio de enfoques tradicionales**, el **nivel general de los programas de prevención** y la **adecuación de las acciones preventivas basadas en evidencia**, se ubicaron en una mediana moderada, señalando tanto logros como desafíos (ver *Ilustración 43*).

La **necesidad de un cambio a nivel político en prevención** fue evaluada de manera uniforme por todos los subgrupos, con una mediana consistente de 4. Este consenso general refuerza la percepción compartida de que las reformas políticas son esenciales en el ámbito de la prevención de adicciones. Las respuestas similares entre

RESULTADOS

hombres y mujeres, así como entre participantes junior y senior y tipos de entidades destacan la universalidad de esta preocupación. Aunque encontramos una tendencia más baja en los participantes con una experiencia menor a 10 años en el sector.

En cuanto a la **resistencia general al cambio de enfoques tradicionales**, se observan diferencias destacables entre hombres y mujeres. Los hombres calificaron este aspecto con una mediana de 4, frente a una mediana de 3 de las mujeres, lo que podría reflejar percepciones ligeramente más críticas desde el grupo femenino hacia la aceptación de nuevos enfoques. A pesar de estas diferencias por género, la resistencia al cambio no se percibe como un obstáculo particularmente significativo en términos organizacionales o de trayectoria profesional donde todos los subgrupos coincidieron en una mediana de 3, moderada.

El **nivel general de los programas de prevención de adicciones** reveló diferencias importantes entre los tipos de entidad. Mientras que las ONG calificaron este aspecto con una mediana más alta de 4, las EG se mantuvieron en una mediana de 3, lo que podría estar relacionado con la percepción de las ONG de tener enfoques más flexibles o recursos más especializados. Por otro lado, no se encontraron diferencias por género ni nivel de experiencia, con todos los subgrupos asignando una mediana uniforme de 3, lo que sugiere que, aunque se reconoce una calidad aceptable, aún existe un consenso sobre la necesidad de mejoras.

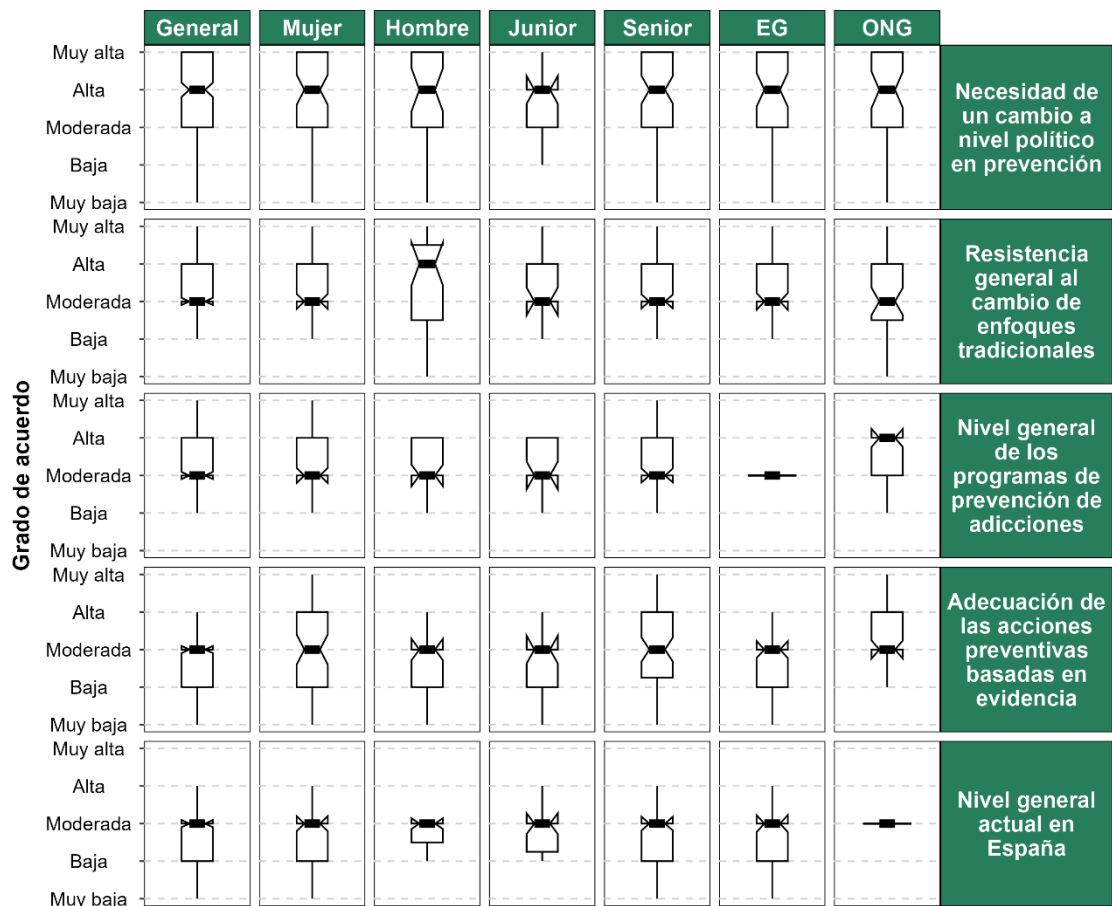


Ilustración 43.- Grado de acuerdo en diferentes cuestiones relacionadas con la calidad y efectividad de los programas de prevención según el género y los años de experiencia en el área del participante del cuestionario.

Nota: datos representados a través de un diagrama de cajas en el que la línea en negrita es la mediana. La muesca es el intervalo de confianza del 95%. La caja y los bigotes son los rangos intercuartílicos.

La **adecuación de las acciones preventivas basadas en evidencia** mostró una evaluación uniforme en todos los subgrupos analizados, con una mediana consistente de 3. Este resultado refleja una percepción homogénea sobre este aspecto, sin diferencias destacables por género, nivel de experiencia o tipo de entidad. La unanimidad en las respuestas podría indicar una valoración general de que, aunque estas acciones son adecuadas, aún hay margen para fortalecer el enfoque basado en la evidencia. Las mujeres senior de las ONG, fueron quienes calificaron este aspecto con tendencias más elevadas (4, alto).

Finalmente, el **nivel general actual en España** también fue evaluado de forma homogénea, con todos los subgrupos asignando una mediana de 3 y similares dispersiones. Este resultado sugiere que, aunque se percibe un nivel moderado de calidad, no hay grandes variaciones en las valoraciones entre hombres y mujeres, participantes junior y senior, ni entre tipos de entidad. La ausencia de discrepancias podría interpretarse

como un reflejo de que las percepciones sobre el estado actual de los programas son compartidas ampliamente, independientemente de las características individuales o contextuales de los participantes.

2.1. Calidad en España

A lo largo de las entrevistas realizadas, recogimos el pensamiento generalizado de los y las profesionales del sector respecto a los desafíos y la calidad de dichos programas. Aunque en los apartados anteriores abordamos las bases generales y dificultades, este espacio tuvo como objetivo sintetizar la visión global que los profesionales especializados/as tuvieron sobre la prevención. España presenta características territoriales y políticas particulares que influyeron de manera significativa en la calidad y efectividad de los programas de prevención.

De acuerdo con los comentarios expresados en las entrevistas, la opinión común fue que la calidad de los programas preventivos en España siguió siendo insuficiente. Si bien se reconocieron avances en los últimos años, estos se consideraron insuficientes y se estimó que aún quedaba un largo camino por recorrer para lograr programas verdaderamente eficaces y eficientes. Esta percepción se reflejó en los resultados del cuestionario, donde la mediana se situó en un nivel moderado, con una tendencia a la baja, evidenciando que los progresos en la mejora de la calidad no fueron suficientes para alcanzar los estándares esperados.

«Ahora veo un cambio con el tema de la calidad. Hace 5 o 6 años, los estándares de calidad no estaban muy arraigados, pero ahora es un tema presente en todas las reuniones y jornadas. Hay una conciencia compartida de que debemos poner el dinero público en lo que sabemos que funciona.» (0109. Traducción libre).

Si consideramos los aspectos específicos mencionados por los y las profesionales entrevistados sobre las razones de la falta de calidad en los programas de prevención, encontramos similitudes con los puntos previamente analizados en el informe. Los principales desafíos que enfrentamos en España, según las expertas y los expertos en el campo, son los siguientes:

- **Obtención de recursos.** Uno de los mayores retos. La prevención depende en gran medida de los recursos, tanto económicos como humanos, con los que cuentan las organizaciones encargadas de implementarla. La alta variabilidad en la disponibilidad de estos recursos dificulta el desarrollo de los programas con las garantías necesarias, lo que a su vez afecta la capacidad para evaluar su efectividad durante todas las fases de su diseño e implementación.

«Y el tercer elemento, que para mí también es fundamental, es lo que tiene que ver con la financiación. La evaluación vale dinero, la calidad vale dinero.» (0319)

«Y ahora tenemos la presión de la calidad y la presión de la evaluación. ¿Pero realmente tenemos medios para hacerlo? ¿Cuál es el apoyo que recibimos para hacer eso? Yo pienso que en general muy poco, muy poco.» (0319)

- **Falta de directrices claras y homogeneizadas en todo el territorio.** La ausencia de pautas basadas en evidencia empírica que garanticen una implementación exitosa de los programas de prevención implica que, en cada comunidad autónoma y en cada zona territorial, la prevención se lleva a cabo de manera individualizada, sin postulados firmes y consensuados a nivel nacional. Esta situación, sumada a un consenso político débil en torno a la prevención, crea un entorno inhóspito y carente de sostenibilidad, lo que da lugar a programas fragmentados y desiguales que no logran generar un impacto coherente y uniforme.

«Bueno pues por eso aquí para trabajar, para poder apoyar, pues primero tenemos que ver qué está pasando, cuáles son las necesidades, aspectos formativos, distribución competencial, bueno todos estos aspectos que nos deben de orientar, no hacia una calidad tal vez excelente a corto plazo, pero sí un poco... [...] es tener un conjunto, una batería de aspectos claros y firmes que nos permitan accionar un conjunto de políticas que vayan a la calidad más allá de estudios superficiales.» (0319)

- **Resistencia al cambio.** En el contexto de la prevención en España, se destacó que persisten enfoques tradicionales, con metodologías que, aunque obsoletas, siguen siendo consideradas pilares fundamentales. Modelos como las intervenciones de corta duración —como las monosesiones— fueron ampliamente criticados por las y los profesionales, quienes señalaron que existen estudios suficientes que evidencian sus limitaciones. La reticencia a adoptar nuevas metodologías y la dificultad para rediseñar un sistema ya consolidado fueron identificadas como las principales barreras para avanzar en la mejora de los enfoques preventivos.

«Pero, de entrada, y confiando en que no sea así, me parece buena idea que por fin institucionalmente se haya decidido que todo no cabe en prevención, que una cosa son las buenas intenciones y otra cosa son los hechos probados y que, por lo tanto, hay que ir abordando los programas preventivos de una manera con mayor rigor y

«También es importante dejar de hacer lo que sabemos que no funciona. Esto es difícil, pero es necesario. Debemos saber detener proyectos que no dan resultados efectivos.» (0109. Traducción libre)

con una mayor evidencia en su base. A lo mejor en un país como este no necesitamos 186 programas preventivos en la escuela, a lo mejor nos bastaría con 15 o 20, eso sí, que hubieran demostrado con procedimientos científicamente idóneos que son capaces de conseguir resultados positivos.» (0320)

- **Falta de formación específica.** Coincidieron en que una formación adecuada es esencial para el correcto desarrollo de las acciones y políticas en el ámbito de la prevención, ya que la ausencia de esta capacitación limita la efectividad de las intervenciones y dificulta la implementación de programas de calidad.

«Es que dentro de la política pública tiene que haber una línea de formación de profesionales de prevención. O sea, yo no puedo tener a gente que no esté formada trabajando en prevención, porque por supuesto van a hacer lo que no es o no van a ser prácticas basadas en la evidencia. También hay desconocimiento total sobre lo que funciona y lo que no funciona.» (0307)

«Yo quiero que venga alguien y evalúe mi programa. Por eso creo que el perfil de la persona que hace prevención debería incluir unos conocimientos en evaluación. Otra cosa es ser experto en evaluación. No podemos ser expertos en todo, pero el perfil del técnico o la técnica de prevención debería tener conocimientos mínimos de todo el ciclo del proyecto preventivo.» (0109. Traducción libre.)

- **Priorización del tratamiento frente a la prevención.** En España, el enfoque está fuertemente orientado hacia el tratamiento de patologías ya activas, con una amplia implementación de programas de acción directa que reciben importantes recursos para su desarrollo. En contraste, la prevención se encuentra en una posición de menor relevancia, dada su naturaleza de impacto a largo plazo y su menor visibilidad mediática. A pesar de esta desventaja, las personas profesionales del sector subrayaron la importancia de la prevención no solo para aliviar la saturación de los servicios de tratamiento, sino también para contribuir al bienestar general de la población.

2.2. Calidad de los propios programas

Cada persona profesional se enfrenta a características administrativas particulares según la comunidad autónoma a la que pertenezca, así como a especificidades según el ámbito territorial en el que se desarrolle su programa —municipal, mancomunitario,

estatal, entre otros—. Aunque no clasificamos las diferencias según comunidad autónoma, recopilamos características comunes que nos permitieron entender cómo se gestiona la prevención tanto a nivel macro como micro. Los retos generales que enfrentan todas las comunidades autónomas se han abordado en el apartado anterior; sin embargo, al hablar de programas específicos, las personas entrevistadas indicaron lo siguiente:

La mayoría de las personas participantes en las entrevistas hicieron una valoración positiva sobre la calidad de los programas propios, destacando también la calidad técnica presente en su diseño e implementación. Nos comunicaron que, a pesar de ser un esfuerzo continuo, las acciones están orientadas a alinearse con los estándares de calidad europeos, aunque de manera poco definida.

No obstante, se identificó un talón de Aquiles común en todas las entrevistas: la **evaluación** y, por ende, el desconocimiento de la efectividad de los programas. Las personas entrevistadas confirmaron de manera reiterada la dificultad para conocer con exactitud el impacto de sus programas, debido a los retos que presentan tanto en la evaluación como en la medición del impacto de las acciones. Aunque se mencionó en varias ocasiones la evaluación de resultados, también se subrayó la complejidad de evaluar etapas previas, como el diseño y la implementación del programa. Esta dificultad está vinculada a diversas causas, muchas de las cuales ya se mencionaron en el punto anterior sobre la calidad en España, tales como la falta de financiamiento, la formación específica y el apoyo político, entre otras.

Es importante destacar, además, que las personas entrevistadas señalaron que los programas tienden a mejorar cuando cuentan con el apoyo y la confianza de la institución a la que pertenecen, así como cuando se mantiene una organización y coordinación constante con los servicios y la población del territorio en el que se implementan.

2.3. Resistencia al cambio

El 93 % de las personas entrevistadas coincidieron en que existe una resistencia al cambio en cuanto a las prácticas preventivas tradicionales, las cuales se ven reacias a adoptar enfoques más innovadores y basados en la evidencia científica, como los enfoques multicomponente, entre otros. Una primera interpretación de este fenómeno apunta a la dificultad que enfrentan los y las preventólogos/as con larga trayectoria en el campo para modificar las dinámicas tradicionales y explorar nuevas estrategias de prevención. Sin embargo, reducir esta resistencia únicamente a este aspecto no sería coherente dada la diversidad profesional presente en España y la transversalidad de lo

que estamos tratando. Por ello, otras explicaciones sobre esta resistencia también fueron ofrecidas por las personas entrevistadas:

- **Falta de reconocimiento institucional** al trabajo de prevención como una disciplina científica, priorizándose otros enfoques como la intervención directa y la acción inmediata. Asimismo, se destacó la escasez de financiamiento y la falta de confianza en las organizaciones del tercer sector.
- **Dificultad de la población civil y los estamentos públicos** para entender y aceptar la prevención como una intervención válida y eficaz para mitigar posibles riesgos futuros. Esta falta de comprensión retrasa la adopción de nuevas metodologías preventivas.
- **Externalización de servicios** y la **falta de apoyo financiero** que impiden trabajar en prevención de manera integral, limitando la implementación de enfoques más completos y sostenibles.
- **Falta de claridad política**, que genera incertidumbre sobre los caminos a seguir, acompañada de una carga burocrática excesiva y de una **falta de formación** que dificulta la adaptación a nuevas prácticas preventivas basadas en evidencias.

«[...] si nos pusiéramos a redactar una batería de medidas a las que tiene que responder un programa preventivo para otorgarle una etiqueta de calidad, de buena práctica, pues seguramente redactaríamos un montón de cosas, un montón de indicadores, pero que luego, [...], seguramente desde el punto de vista académico sería impecable, pero luego en la práctica, esa distancia que tan habitual es entre lo académico y lo técnico, lo práctico, trabajar a pie de obra, nos acabaría mostrando una vez más, [...], que una cosa es lo que se pretende desde el sillón dorado de la academia y sin atender muchas veces a las necesidades y las posibilidades y limitaciones [...], y nos daríamos cuenta de que a lo mejor hay que, entre comillas, sacrificar cierta parte de rigor con tal de facilitar un poquito que más gente se animara a rendir cuentas ante este tipo de propuestas como el portal de buenas prácticas.» (0320)

«Igual que con lo del juego, a mí me llama mucho la atención cómo se diseñan algunos de prevención del juego, porque me da la sensación de que estamos reproduciendo los mismos errores que con la prevención de las sustancias en los 80. Nos estamos fijando en la sustancia, no tanto en la motivación.» (0327)

Aunque en los cuestionarios no se reflejó de manera unánime la afirmación de resistencia al cambio, sí se pudo observar una relación con las **entrevistas**. Aunque la mediana de las respuestas se sitúa en una posición moderada, la tendencia muestra un aumento

hacia la resistencia. Un aspecto crucial que resalta tanto en los comentarios de las entrevistas como en los resultados obtenidos en el cuestionario (*Ilustración 43*) es la clara percepción de la escasez de rigurosidad empírica en la adecuación de las actividades preventivas. Esta falta de base científica sólida para sustentar las prácticas preventivas parece ser un factor clave en la dificultad para adoptar enfoques más innovadores y basados en la evidencia.

2.4. Políticas

El aspecto político fue un tema importante tratado en las entrevistas, nos indicaron repetidas veces la dificultad de una sostenibilidad en los proyectos por una falta de estabilidad política que asegure la implementación de proyectos de prevención con garantías. Las personas entrevistadas señalaron repetidamente la complejidad de crear programas efectivos en un entorno donde los cambios políticos son frecuentes y donde no se logra estabilidad, especialmente ante alternancias de gobierno o modificaciones legislativas. Además, subrayaron la necesidad urgente de establecer directrices claras a nivel gubernamental que permitan la aplicación coherente de políticas preventivas, respaldadas por un marco legislativo uniforme.

«[...] Es decir, la delegación en cada Comunidad Autónoma [...] pues lleva a que haya 17 enfoques diferentes, pero dentro de cada Comunidad Autónoma. Luego depende incluso de la trayectoria histórica, depende incluso del Gobierno que toca en cada momento. Y luego lo que sí percibo en los últimos años es que la prevención en general ha bajado muchísimo su nivel. Es decir, realmente lo que no puedes es hacer un trabajo de calidad en algo tan, tan importante, que mueve tantos millones de euros como es el consumo de drogas. No puedes dejarlo en manos de subvenciones anuales, en manos de ONGs donde realmente el personal está muy mal pagado, donde la gente con cierta formación se va, donde no hay coordinación entre el sistema educativo y los servicios sociales y las consejerías de sanidad. [...] lo que percibo en los últimos años es una pérdida de calidad y sobre todo de perspectiva de hacia dónde vamos, qué es lo que queremos, no tanto lo que queremos, sino cómo debemos conseguirlo, cuáles son los mecanismos» (0321)

Nos comunicaron el desencanto de gran parte de los profesionales en relación con el reconocimiento del trabajo ya realizado. Nos informaron que, en varias ocasiones, se formulan políticas de prevención sin considerar las acciones previas que ya se han llevado a cabo, muchas de las cuales han mostrado su efectividad o impacto en la población. Subrayaron la importancia de tratar la prevención de manera holística, mejorando la coordinación interministerial para evitar la repetición de errores pasados y apostando por una coherencia política que asegure la implementación de programas de calidad y uniformes a nivel estatal. Además, insistieron en la necesidad de dar mayor relevancia

a la prevención, proponiendo descentralizar los esfuerzos que actualmente se concentran principalmente en el tratamiento. Esta perspectiva se reflejó en el cuestionario, donde la mayoría de las opiniones coincidieron en señalar la urgente necesidad de un cambio a nivel político en cuanto a la prevención.

Perspectiva de género

En la *Ilustración 44*, exponemos los resultados del cuestionario de HIGIEA en relación con la perspectiva de género en la prevención de adicciones, desglosados por el género, la **experiencia profesional** y el tipo de entidad al que pertenecen los y las participantes en este ámbito.

De manera general, los resultados reflejan un consenso elevado sobre la importancia de la perspectiva de género en los programas de prevención, con medianas de 4 en las cuestiones relacionadas con el impacto de las desigualdades de género y su inclusión en los programas. Sin embargo, se observa una dispersión significativa que varía desde valoraciones muy altas hasta moderadas, con algunas respuestas hacia valores bajos. En cuanto a la frecuencia de su consideración en los programas y a nivel nacional, las medianas más moderadas de 3, junto con una dispersión hacia valores más altos en el primer caso y más bajos en el segundo, evidencian una implementación menos consistente. Estos resultados pueden interpretarse a partir de varios factores contextuales: la creciente sensibilización social y profesional sobre la equidad de género probablemente ha generado un consenso elevado en cuanto a su relevancia, mientras que las diferencias en la dispersión podrían estar vinculadas al nivel de formación y experiencia en género de los participantes, así como a los entornos organizativos y territoriales donde operan. La menor uniformidad en las cuestiones de frecuencia podría reflejar la falta de políticas claras y las barreras estructurales que dificultan una integración sistemática y su implementación. A continuación, describimos la interpretación de los cuatro apartados evaluados, considerando los diferentes niveles de acuerdo (muy alto, alto, moderado, bajo y muy bajo).

Los resultados con respecto al **impacto de las desigualdades de género en brechas preventivas** reflejan un reconocimiento homogéneo de la influencia de las desigualdades de género en las brechas preventivas, con una mediana de 4 en todos los subgrupos. Esto indica un consenso generalizado sobre la importancia de abordar este tema en los programas de prevención. La dispersión uniforme en las respuestas sugiere que tanto hombres como mujeres, así como participantes junior y senior, perciben las desigualdades de género como un factor crítico que requiere atención. Este hallazgo

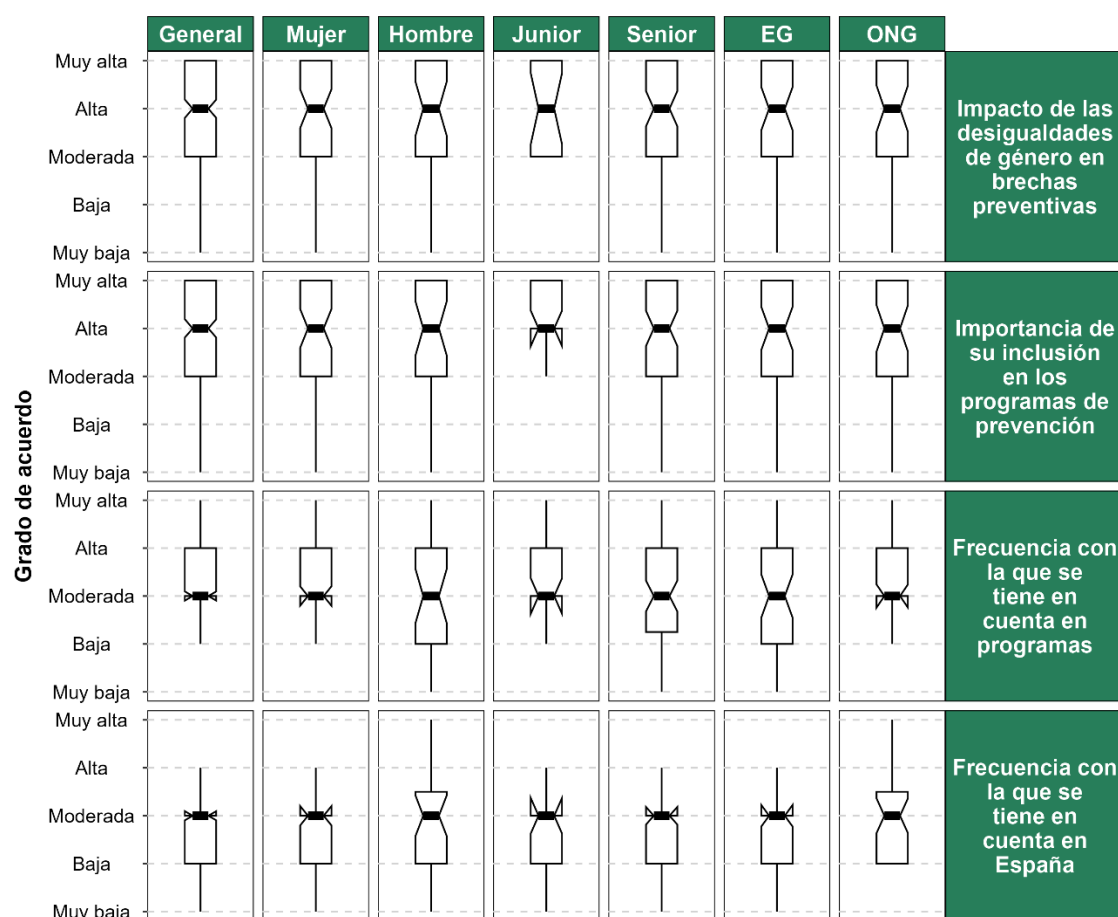
refuerza la necesidad de estrategias integradoras que consideren las dinámicas de género en el diseño y aplicación de las intervenciones preventivas.

En cuanto a la **inclusión de la perspectiva de género en los propios programas de prevención** obtuvo también una mediana consistente de 4, destacando su relevancia percibida. Sin embargo, los datos muestran una mayor dispersión en las respuestas de los participantes junior, quienes tienden a valorar este aspecto de forma más alta en el cuartil superior. Esto podría interpretarse como un mayor énfasis entre los profesionales con menos años de experiencia en la incorporación de enfoques de género en la prevención. Por el contrario, los demás grupos presentan valoraciones más uniformes, lo que sugiere una percepción consolidada, aunque con menor intensidad, entre los participantes con más trayectoria.

En cuanto a la **frecuencia con la que se considera la perspectiva de género en sus programas**, la mediana general fue de 3, reflejando una percepción moderada. Sin embargo, se observaron tendencias hacia valores más altos (4) en mujeres, participantes junior y miembros de ONG, lo que podría denotar una mayor sensibilidad o atención hacia este aspecto en estos grupos específicos. Por otro lado, los subgrupos restantes, incluidos los hombres y participantes de EG, se mantuvieron en una valoración uniforme de 3. Este patrón sugiere que, aunque la perspectiva de género es reconocida, su implementación aún no es consistente en todos los contextos organizacionales.

La percepción sobre la frecuencia con la que **la perspectiva de género es integrada a nivel nacional** se ubicó en una mediana de 3, con una dispersión hacia valores más bajos (2) en la mayoría de los subgrupos. Sin embargo, los hombres y los participantes de ONG presentaron una ligera tendencia hacia el 3.5, lo que podría reflejar una percepción ligeramente más favorable en estos grupos. Este resultado resalta un consenso general sobre la necesidad de incrementar la aplicación de enfoques de género en los programas a nivel nacional, percibiéndose aún como un área de mejora significativa.

RESULTADOS



I

Ilustración 44.- Grado de acuerdo en diferentes cuestiones relacionadas con la inclusión de la perspectiva de género en los programas de prevención según el género y los años de experiencia en el área del participante del cuestionario.

Nota: datos representados a través de un diagrama de cajas en el que la línea en negrita es la mediana. La muesca es el intervalo de confianza del 95%. La caja y los bigotes son los rangos intercuartílicos.

Absolutamente en todas las **entrevistas**, las personas participantes coincidieron en la gran importancia de integrar la perspectiva de género en los programas y proyectos. Nos comentaron en repetidas ocasiones el esfuerzo que realizan para que esta perspectiva esté presente en su trabajo en la medida de lo posible.

Sin embargo, a pesar del conocimiento general sobre la relevancia de incorporar la perspectiva de género en el trabajo de prevención, la mayoría de los y las profesionales coincidió en que este aspecto representa un reto significativo, y en muchas ocasiones no se trabaja de la mejor manera. Durante las entrevistas, recopilamos seis puntos recurrentes que dificultan o impiden esta aplicación:

- **Formación.** Nos transmitieron que la falta de formación en género dificulta enormemente la labor de integrar esta perspectiva de manera adecuada en los programas, así como de implementarla correctamente.

«Y me llamó la atención que no había cosas de género. O sea, sí estaban chicas y chicos, pero nos falta lo cualitativo, que es lo que realmente da la perspectiva de género, las razones que hay detrás de hacer algo. Sí he leído estudios interesantes de comparación chica a chico en rural y urbano, y tienen que ver casi todas las cosas. La conducta tiene mucho que ver con el estereotipo de género. Es una cosa súper interesante. Pero bueno, ya si entramos en población no binaria, etc., ya ahí sí, bueno, páramo, desierto, no sé cómo llamarlo, apenas hay nada. Entonces está la cosa muy complicada. Y entonces, claro, ¿cómo diseñamos programas de prevención si no tenemos una información real? Porque les vamos a hablar como siempre, adultos que nos dicen que no fumen. Eso no convence a nadie si no sabemos qué motivación hay detrás de hacer las cosas». (0327)

- **Tradición.** En algunas ocasiones, nos señalaron la herencia androcéntrica de los programas en nuestro país, lo que dificulta, en muchos casos, la transición hacia enfoques interseccionales.
- **Transversalidad.** La dificultad de integrar la perspectiva de género de manera transversal a lo largo de todo el programa, es decir, en el diseño, la ejecución y la evaluación, y no tratarla como un aspecto separado, fue otro de los retos destacados por las personas profesionales.

«En la prevención hay que plantear cada vez que se inicia una actividad, un programa o algo, hay que planteárselo desde el principio con una perspectiva de género. No se lo puedes aplicar al final, hay que ver en ese problema, en ese tema que vas a tratar y a quién te vas a dirigir, cómo influye el género. Eso es básico a la hora del diseño de la actividad que sea». (0326)

- **Falta de coordinación entre recursos.** La falta de coordinación entre los recursos disponibles se destacó como un impedimento para la retroalimentación y el trabajo interdisciplinario. Algunas personas entrevistadas mencionaron que la colaboración con servicios de igualdad era clave para lograr una implementación efectiva de la perspectiva de género.
- **Evaluación.** La evaluación, como hemos observado a lo largo del informe, sigue siendo uno de los procesos más complejos en la prevención. En el caso de la perspectiva de género, esta dificultad se mantiene. Las personas profesionales señalaron que la carencia de una evaluación sólida en programas con enfoque de género hace complicado identificar su efectividad, y no se puede determinar si el problema radica en el diseño o en la ejecución del programa.
- **Falta de herramientas.** Las personas entrevistadas subrayaron la necesidad de contar con herramientas prácticas que les ayudaran a implementar la perspectiva de género de manera efectiva. En algunos casos, se mencionó que no era

RESULTADOS

tanto la falta de formación, sino la dificultad de pasar de la teoría a la práctica, lo que impedía un enfoque de género adecuado en los programas.

«Yo creo que la perspectiva de género es fundamental, fundamental. Vamos, si queremos hacer una buena intervención es fundamental contemplar la perspectiva de género. Eso es. Esto es inamovible. Ahora bien, creo que todavía estamos un poquito en pañales en este sentido.

No tenemos las gafas todavía puestas para mirar más allá de lo obvio de lo que hemos hecho hasta ahora y nos cuesta detectar necesidades con perspectiva de género, [...] hacer intervenciones con perspectiva de género y quizás en la evaluación [...]». (0108)

«También trabajo en incluir la perspectiva de género en los programas de prevención. Bueno, eso sí que es un páramo. Eso está tremendo. Hay muy poca bibliografía, nada muy contundente, está muy complicado, pero hay muchas ganas». (0327)

«Yo estoy viendo un proyecto que nos han presentado [...] que no tiene perspectiva de género por ningún sitio y yo no soy experta en género, muchísimo menos, me falta, no te puedes imaginar cuánto, pero es tan evidente. ¿Y sin embargo dices no se dan cuenta, ¿no? ¿Y cómo no han pensado que alguien me puede ayudar a hacerlo con perspectiva de género? [...] yo creo que este trabajo es muy necesario, el de complementar». (0103)

«Creo que debemos hacerlo porque yo tengo una mirada del enfoque y de la perspectiva de género, pero seguramente si hablo ahora con esta chica que nos está ayudando [...] tiene otra, y ella hará su voluntad y yo la haré, la mía. Y quizá la mía es errónea y la suya no. Y no puede ser eso, claro, marquémonos unas de ideas, “démonos el sobre de sopa” y después ya lo aplicaremos cada uno según su parámetro, según su realidad. Pero, hombre, ya está bien: “que debe aplicarse, que se ha avisado”. Vale, pues venga, va. Puede ser formarnos, venga, para el próximo año todos los preventivistas una formación gratuita online sobre perspectiva de género. Vamos a hacerlo. Ya está, para mí, es esto». (0223. Traducción libre.)

Recomendaciones

A partir del análisis realizado en el proyecto, estas recomendaciones buscan abordar los retos identificados y aprovechar las oportunidades disponibles para fortalecer la calidad, sostenibilidad y efectividad de los programas de prevención en España. Cada propuesta se fundamenta en los hallazgos clave detectados a lo largo de las distintas fases del análisis.

1. Integrar la evaluación desde el diseño del programa

La evaluación es una tarea crítica que, según los hallazgos, enfrenta barreras como la falta de herramientas específicas, la confusión entre indicadores de proceso y resultado, y la ausencia de metodologías sistemáticas. Estos factores limitan la capacidad de medir impactos reales y dificultan la toma de decisiones informadas. Por ello, proponemos:

- Incorporar la planificación de la evaluación como eje transversal desde las primeras etapas, definiendo indicadores claros y metodologías adaptadas a los contextos locales.
- Establecer sistemas de indicadores que permitan medir impactos cualitativos y cuantitativos a largo plazo, integrando aspectos de género e interseccionalidad para evaluar cambios en patrones de consumo y conductas de riesgo.

2. Reforzar las capacidades técnicas del personal

La formación específica y continua se identifica como un eje central para superar las limitaciones actuales, como la falta de habilidades en análisis avanzado, perspectiva de género y evaluación de impacto. Los equipos técnicos expresaron interés en formarse, pero enfrentan barreras relacionadas con la falta de tiempo y recursos. Recomendamos:

- Diseñar programas de formación continuada que incluyan herramientas prácticas para evaluación, análisis de datos y diseño inclusivo de intervenciones.
- Crear un sistema de acreditaciones que garantice la sistematización y calidad de los conocimientos necesarios para los y las profesionales del sector.
- Incorporar módulos específicos sobre perspectiva de género e interseccionalidad para asegurar su integración práctica y transversal en todas las fases de los programas.

3. Garantizar recursos sostenibles y diversificados

La sostenibilidad financiera y la estabilidad laboral fueron destacadas como grandes desafíos. La dependencia de subvenciones a corto plazo y la rotación de personal técnico afectan la continuidad y calidad de los programas. Proponemos:

- Diversificar las fuentes de financiamiento mediante alianzas público-privadas y fondos plurianuales que ofrezcan estabilidad económica.
- Garantizar estabilidad laboral para los equipos técnicos mediante contratos de larga duración, fomentando la retención de talento y la calidad del trabajo.

4. Adaptar estándares internacionales a las realidades locales

Los estándares europeos y otras bases teóricas son recursos valiosos, pero su aplicación práctica enfrenta barreras por la desconexión con las realidades locales. Esto dificulta el diseño de programas adaptados y eficaces. Por ello, proponemos:

- Elaborar guías prácticas que adapten estos estándares a las características territoriales y poblacionales específicas, incluyendo las de comunidades rurales y grupos vulnerables.
- Proveer herramientas y formación para garantizar la implementación efectiva de estas guías.

5. Optimizar la coordinación interinstitucional

La descoordinación entre niveles administrativos y la falta de comunicación efectiva limitan la implementación de acciones conjuntas y la optimización de recursos. Este aspecto es crítico para el éxito de los programas. Por ello, recomendamos:

- Establecer plataformas de colaboración interinstitucional que faciliten la alineación de objetivos entre los niveles local, autonómico y estatal.
- Reconocer la prevención como un área estratégica a nivel institucional, fomentando alianzas entre entidades públicas y privadas que optimicen recursos y aseguren la sostenibilidad.

6. Incorporar tecnología en el monitoreo y la evaluación

La recopilación y análisis de datos carecen de sistematicidad, lo que limita la capacidad de los programas para evaluar impactos reales. La incorporación de tecnologías emergió como una solución clave durante el análisis. Por ello, proponemos:

- Promover el uso de herramientas digitales, como plataformas en línea de monitoreo, para mejorar la calidad y accesibilidad de los datos recolectados.
- Capacitar a los equipos técnicos en el uso de estas tecnologías, garantizando que puedan integrarse en todas las fases de los programas.

7. Transversalizar la perspectiva de género

La perspectiva de género es reconocida como prioritaria, pero su implementación enfrenta barreras como la falta de formación específica, herramientas prácticas y claridad en los marcos de acción. Proponemos:

- Diseñar guías prácticas y herramientas que aseguren la integración transversal de la perspectiva de género en todas las fases del programa.
- Desarrollar indicadores específicos que evalúen impactos diferenciados por género, atendiendo a las desigualdades detectadas.

8. Fomentar el trabajo en red y la multidisciplinariedad

La colaboración entre perfiles profesionales y la interacción con la comunidad fueron identificadas como claves para mejorar la calidad, por ello, proponemos:

- Crear equipos multidisciplinarios que integren diferentes especializaciones, ofreciendo una visión integral en todas las fases del programa.
- Fortalecer la participación comunitaria para garantizar que las intervenciones respondan a necesidades reales y sean efectivas.
- Mantener contacto con experiencias internacionales para enriquecer las prácticas locales, adaptando modelos exitosos a las características del territorio.

Análisis DAFO de los programas de prevención

Fortalezas	Debilidades
▪ Alta frecuencia en la realización de tareas clave. En las tres fases, observamos un compromiso de las y los profesionales con la realización de tareas esenciales, como la definición de objetivos, el diseño de intervenciones y la recopilación de datos de proceso. Estas tareas, aunque desafiantes en algunos casos, se ejecutaron de manera consistente. La alta frecuencia de estas actividades refleja la importancia otorgada por los equipos técnicos a la calidad de sus programas y su disposición a mejorarla. ▪ Integración progresiva de enfoques basados en evidencia. En la fase de diseño, la revisión de literatura y el uso de estándares europeos, aunque menos frecuentes, demostraron un interés creciente por fundamentar los programas en metodologías reconocidas. Asimismo, en la fase de evaluación, la elaboración de informes y el análisis de datos fueron prácticas comunes. Fortalecer este enfoque con mayor acceso a recursos bibliográficos y formación especializada impulsará la calidad de las intervenciones. ▪ Compromiso con la perspectiva de género. Aunque su implementación transversal sigue siendo un reto, reconocieron su importancia en todas las fases. Por ejemplo, la desagregación de datos por sexo y el diseño de programas adaptados a desigualdades específicas son avances que podrían consolidarse con mayor formación en género y herramientas prácticas. Este compromiso, aunque en desarrollo, marca un avance significativo hacia enfoques más inclusivos y equitativos.	▪ Falta de formación y capacitación específica. Una de las debilidades más recurrentes fue la insuficiencia de formación en áreas como la evaluación de impacto, análisis estadísticos, la integración de la perspectiva de género o la planificación estratégica. Aunque los equipos técnicos mostraron compromiso, esto se agrava por la dependencia de autoformación y la falta de estructuras formales que apoyen la actualización de conocimientos. ▪ Indicadores y herramientas de evaluación débiles. La carencia de indicadores y metodologías estandarizadas para la recolección y análisis de datos fue una debilidad transversal en las tres fases. Esto afectó la evaluación de resultados, limitando la medición del impacto real de las intervenciones. La confusión entre indicadores de proceso y resultado redujo la efectividad de los análisis. ▪ Falta de sistematización y uso de evidencia científica. A pesar de los esfuerzos por integrar enfoques basados en evidencia, muchos programas carecían de sistematización en la revisión de literatura y en la incorporación de estándares internacionales. Esto generó intervenciones desconectadas de las mejores prácticas. Los y las profesionales señalaron la falta de acceso a recursos teóricos y prácticos como un obstáculo para mejorar la calidad del diseño y la implementación. ▪ Sobrecarga laboral y recursos humanos insuficientes. La falta de personal técnico especializado, combinada con altos niveles de sobrecarga laboral, impidió una ejecución óptima de muchas tareas. En contextos donde los equipos eran pequeños,

	las responsabilidades se multiplicaron, lo que dificulta la adopción de tecnologías de monitoreo y evaluación. ▪ Integración limitada de la perspectiva de género. Si bien se reconoció como prioritaria, su aplicación transversal enfrenta barreras por la falta de formación específica y marcos claros para su implementación desde el diseño hasta la evaluación de los programas.
Oportunidades	Amenazas
▪ Fortalecimiento de las redes de colaboración interinstitucional. Aunque la colaboración fue alta, las entrevistas y cuestionarios revelaron que la descoordinación y falta de comunicación entre diferentes niveles (local, autonómico, estatal) siguen siendo barreras importantes. Fomentar estas redes y alianzas puede optimizar el uso de recursos y mejorar la implementación de los programas. ▪ Disponibilidad y aprovechamiento de estándares internacionales y guías prácticas. Aunque los estándares internacionales y europeos fueron reconocidos como fundamentales para el diseño de programas de calidad, su implementación no fue completamente aprovechada. Los y las profesionales destacaron que, aunque los estándares ofrecen una excelente base teórica, su aplicación práctica a nivel local sigue siendo un desafío debido a la falta de herramientas adaptadas. Adaptar estos estándares a las realidades locales y formar a los equipos sobre su correcta implementación representa una gran oportunidad. ▪ Mayor sensibilización sobre la perspectiva de género y su integración. Aunque las entrevistas reflejaron que reconocían su importancia, aún existen retos relacionados con la falta de formación y marcos para su aplicación transversal. Esto presenta una	▪ Inestabilidad financiera y dependencia de subvenciones a corto plazo. La falta de recursos económicos sostenibles emergió como una de las amenazas más importantes, especialmente para las ONG, que dependen en gran medida de subvenciones públicas con plazos limitados y poca previsibilidad. Esta dependencia afectó la continuidad de los programas y provocó altos niveles de rotación de personal. ▪ Resistencia al cambio. La adopción de nuevas prácticas, como la inclusión de la perspectiva de género o la adaptación de estándares internacionales, podría enfrentar oposición en entornos con modelos tradicionales de prevención. ▪ Estigma social y barreras culturales. Las barreras relacionadas con el estigma hacia el consumo de sustancias y hacia los servicios sociales dificultaron el acceso y la adherencia de ciertas poblaciones objetivo. En contextos vulnerables, las familias y comunidades mostraron desconfianza hacia los programas, lo que limitó su impacto. Las estrategias educativas y culturales podrían reducir estas barreras y mejorar la aceptación de los programas. ▪ Descoordinación interinstitucional.

oportunidad para mejorar la capacitación en este aspecto y desarrollar herramientas prácticas y que se consideren impactos diferenciados por género. ▪ Interés en la profesionalización del personal técnico. Hubo un fuerte interés en recibir capacitación especializada en áreas como la evaluación de impacto, el análisis de datos y la integración de la perspectiva de género. A pesar de que se enfrentan a una sobrecarga laboral, mostraron disposición para mejorar sus habilidades y conocimientos. Esto ofrece una oportunidad para implementar programas de formación que refuercen las capacidades técnicas. ▪ Incorporación de tecnologías para evaluación y monitoreo. La falta de herramientas sistemáticas y la limitación en la capacidad de recolección de datos precisa fueron barreras mencionadas en los resultados. El uso de plataformas digitales y software adecuado (p. ej., LimeSurvey, Excel, etc.) podría facilitar la recopilación de datos, y contribuir a superar las limitaciones identificadas en la evaluación de resultados e impacto.	La falta de comunicación y coordinación entre instituciones a nivel local, autonómico y estatal fue otra amenaza importante. Esto obstaculiza la alineación de objetivos y la ejecución de acciones conjuntas, especialmente en tareas relacionadas con la sensibilización y el acceso a recursos. ▪ Rigidez burocrática y políticas inadecuadas. La rigidez de los requisitos administrativos, las normativas inflexibles y la falta de claridad en las políticas gubernamentales dificultan la capacidad de los programas de prevención para adaptarse a contextos emergentes. Cambios en la estructura política y en las prioridades institucionales fueron identificados como factores desestabilizadores que afectan tanto la sostenibilidad financiera como el apoyo operativo a las intervenciones. Esta amenaza la manifestaron especialmente durante la fase de implementación, donde las estructuras existentes carecieron de la flexibilidad necesaria para responder a cambios imprevistos. Además, la disparidad en recursos y necesidades entre comunidades autónomas, incluyendo zonas rurales e insulares, limita la efectividad y equidad de los programas a nivel nacional, subrayando la necesidad de políticas adaptadas a las realidades locales.
--	---

Conclusiones

El proyecto HIGIEA realizó un análisis integral de las tres fases que estructuran los programas de prevención de adicciones: conceptualización y diseño, implementación, y evaluación de resultados e impacto. A lo largo del proceso, identificamos logros y desafíos, así como las fortalezas del sector y las áreas críticas que requieren de más atención. Fundamentamos este análisis en una combinación de datos cuantitativos provenientes de cuestionarios y aportaciones cualitativas obtenidas a través de entrevistas con profesionales del ámbito preventivo.

Los resultados del *Modelo Lineal Generalizado* (GLM) indicaron que las percepciones sobre la dificultad y frecuencia de ejecución de tareas clave variaron significativamente entre las fases de diseño, implementación y evaluación de los programas de prevención de adicciones. En particular, la interacción entre la frecuencia de ejecución y la fase de evaluación mostró una asociación negativa significativa con la percepción de dificultad ($\beta = -0.93$, $p < 2 \times 10^{-16}$), lo que sugiere que, aunque esta fase es reconocidamente relevante, enfrenta barreras que se añaden a la falta de frecuencia en su ejecución. Esto contrasta con la fase de diseño, que mostró menor dificultad percibida en comparación con las fases posteriores. Estos hallazgos destacan la importancia de fortalecer capacidades en evaluación, mejorar su frecuencia y garantizar su integración desde las etapas iniciales del desarrollo de programas.

A continuación, detallamos los hallazgos más relevantes desglosados por fases de desarrollo de proyectos de prevención de adicciones:

1. Fase 1: conceptualización y diseño de programas

La fase de conceptualización y diseño de los programas de prevención constituye una etapa clave para asegurar la pertinencia, eficacia y sostenibilidad de las intervenciones. Analizamos ocho tareas fundamentales en esta fase, integrando datos cuantitativos de cuestionarios y reflexiones cualitativas provenientes de entrevistas con profesionales del sector. A continuación, presentamos las conclusiones para cada una de estas tareas.

1.1. Garantización de la sostenibilidad

Esta tarea fue percibida como la más desafiante, es decir, existen dificultades para garantizar recursos a largo plazo y dar continuidad a los programas. Las respuestas de los cuestionarios revelaron diferencias entre entidades, siendo las ONG quienes enfrentaron ligeramente mayores retos en este aspecto, posiblemente debido a su menor estabilidad financiera. Las entrevistas corroboraron esta realidad, subrayando tres factores

clave: la inestabilidad financiera, la alta rotación de personal en el tercer sector y los cambios políticos. Estas barreras no solo dificultaron la sostenibilidad, sino que también limitaron la calidad de los programas. A pesar de estas dificultades, las personas profesionales expresaron su compromiso con asegurar la continuidad de las intervenciones, enfatizando la necesidad de apoyo estructural para lograrlo.

1.2. Planificación de la evaluación

La evaluación fue identificada como una de las tareas más críticas y complejas en esta fase. Los cuestionarios reflejaron una alta frecuencia en su realización, aunque con notables desafíos, algo más en las ONG y entre personas con menos experiencia. Las entrevistas señalaron cuatro barreras principales: el desconocimiento sobre cómo evaluar, la falta de definición de indicadores y herramientas adaptadas, la ausencia de personal especializado y la percepción errónea de la evaluación como un componente secundario. A pesar de estas dificultades, las y los profesionales reconocieron la importancia de planificar la evaluación desde el diseño inicial, ya que esta etapa impacta directamente en la calidad y efectividad de todo el proceso preventivo.

1.3. Diseño de intervenciones y selección de enfoques

El diseño de intervenciones fue una tarea central con alta frecuencia de realización, pero con niveles moderados de dificultad. Las ONG reportaron ligeramente mayor frecuencia de ejecución y desafíos, posiblemente debido a la necesidad de personalizar más enfoques. Las entrevistas revelaron que, aunque se realizaron esfuerzos significativos para diseñar intervenciones relevantes, persisten retos como la desconexión entre teoría y práctica, la falta de recursos para implementar programas validados y la escasez de herramientas metodológicas para diagnósticos locales. Estos factores limitaron la posibilidad de desarrollar diseños realistas y adaptados a las necesidades específicas de las comunidades.

1.4. Identificación y análisis de necesidades

La identificación de necesidades fue reportada como una tarea fundamental y frecuente en esta fase, aunque con retos significativos. Las entrevistas confirmaron que, aunque la mayoría de las personas profesionales realizan esta tarea de manera sistemática, se enfrenta a barreras como la falta de tiempo, financiamiento insuficiente y limitaciones en la representatividad de las muestras, especialmente en contextos rurales. Además, la identificación superficial o subjetiva de necesidades comprometió el rigor y la relevancia de las intervenciones. Esto destaca la importancia de metodologías sólidas para asegurar que los programas respondan a las realidades locales de manera efectiva.

1.5. Revisión de literatura y estándares europeos

Aunque esta tarea fue menos frecuente en comparación con otras, fue reconocida como esencial para basar los programas en evidencia científica. Las entrevistas revelaron desafíos relacionados con la escasez de bibliografía accesible, la desconexión entre los estándares europeos y la realidad local, y la falta de herramientas prácticas para implementar estas directrices. Sin embargo, las y los profesionales manifestaron su compromiso con incorporar estándares de calidad en sus diseños, reconociendo su potencial para mejorar la efectividad de los programas.

1.6. Integración de la perspectiva de género

La integración de la perspectiva de género fue considerada una tarea importante y realizada con frecuencia moderada, aunque con desafíos en su implementación transversal. Las entrevistas subrayaron la necesidad de mayor formación específica y marcos claros para facilitar esta integración. Las y los profesionales enfatizaron la relevancia de esta perspectiva para abordar desigualdades y adaptar los programas a las realidades diversas de las poblaciones objetivo.

1.7. Definición de objetivos

La definición de objetivos fue una de las tareas más frecuentes y menos desafiantes, según los cuestionarios. Sin embargo, las entrevistas revelaron que redactar objetivos realistas y alcanzables sigue siendo un reto, especialmente cuando el diseño carece de una base metodológica sólida. Las y los profesionales destacaron que la calidad de los objetivos está intrínsecamente ligada a un diagnóstico previo riguroso, subrayando la necesidad de mejorar esta etapa inicial para fortalecer las siguientes fases del programa.

1.8. Identificación de la población objetivo

Definir la población objetivo fue reportado como una tarea frecuente y relativamente sencilla. Sin embargo, las entrevistas evidenciaron desafíos en cuanto a la precisión de estas definiciones, especialmente en contextos rurales o con poblaciones con características muy diversas. Las y los profesionales expresaron la necesidad de enfoques más inclusivos que aborden la interseccionalidad y aseguren que las intervenciones lleguen a todas las personas que las necesitan.

2. Fase 2: implementación de los programas

En la fase de implementación de los programas de prevención, identificamos aspectos clave en las siete tareas analizadas. Nuestro enfoque integró los resultados obtenidos de los cuestionarios y las entrevistas realizadas a profesionales del sector, permitiéndonos un análisis detallado de las dificultades y la frecuencia de realización de estas tareas. A continuación, presentamos las conclusiones para cada tarea, considerando las implicaciones detectadas tanto en la práctica como en la percepción de las y los profesionales.

2.1. Asegurar disponibilidad de materiales y financiamiento

En esta tarea, encontramos que asegurar recursos materiales y económicos fue percibido como uno de los mayores desafíos, particularmente en las ONG. Aunque las entidades gubernamentales reportaron menor dificultad en esta área, la sostenibilidad financiera de largo plazo fue identificada como un reto transversal en ambos contextos. Las entrevistas reforzaron esta percepción, destacando que la insuficiencia de recursos compromete tanto la calidad como la continuidad de los programas. La necesidad de actualizar materiales y asegurar personal suficiente también fue recurrente en las narrativas, enfatizando la complejidad de mantener estándares altos en un contexto de recursos limitados.

2.2. Acceso y adherencia de la población objetivo

Garantizar el acceso y la participación de la población objetivo emergió como una tarea crítica. Observamos que, aunque la frecuencia de realización fue alta, persistieron desafíos significativos relacionados con la desconfianza hacia los servicios, el estigma asociado a ciertas intervenciones y las barreras estructurales. En las entrevistas, las familias se identificaron como un grupo particularmente difícil de involucrar, debido a factores como desmotivación y desconexión. Asimismo, se enfatizó la necesidad de superar la criminalización del consumo y las dificultades para llegar a poblaciones altamente vulnerables. Estas barreras limitaron la efectividad de los programas y subrayaron la importancia de una mejor coordinación interinstitucional para superar estos desafíos.

2.3. Monitoreo, ajuste y sensibilidad de género

Esta fue una de las tareas menos realizadas y percibida como altamente desafiante, a pesar de su gran importancia. Aunque en el cuestionario se reflejó una frecuencia moderada, las entrevistas evidenciaron una falta de formación específica para incorporar efectivamente la perspectiva de género en el monitoreo y los ajustes de los programas.

Los y las profesionales señalaron que, aunque existe un compromiso general por parte del personal técnico, no siempre se dispone de las herramientas ni del conocimiento necesario para realizar estas adaptaciones de forma sistemática, limitando la capacidad de evaluar el impacto de estas estrategias.

2.4. Coordinación y colaboración interinstitucional

La coordinación entre diferentes entidades y sectores fue identificada como esencial para la implementación exitosa de los programas. Sin embargo, las entrevistas revelaron importantes barreras relacionadas con la jerarquización institucional y la falta de comunicación efectiva entre niveles locales, autonómicos y estatales. Aunque esta tarea se llevó a cabo con frecuencia, las dificultades estructurales, como la desconexión entre actores clave y la falta de colaboración de ciertos grupos sociales, obstaculizaron el desarrollo de acciones conjuntas. La descoordinación resultó evidente en contextos donde múltiples instituciones deben alinearse para lograr objetivos comunes.

2.5. Capacidad de ajuste a cambios y necesidades emergentes

La flexibilidad para responder a necesidades emergentes fue destacada como una fortaleza en el personal técnico, particularmente en las ONG. Sin embargo, en proyectos en curso, factores como la rigidez burocrática, la falta de recursos y políticas gubernamentales poco claras limitaron la capacidad de adaptación. Las entrevistas reforzaron la importancia de esta habilidad, subrayando que los cambios inesperados requieren no solo flexibilidad operativa, sino también un soporte estructural y recursos para llevar a cabo respuestas específicas totalmente adaptadas a ellos.

2.6. Recopilación de datos de proceso

Aunque la recopilación de datos se realizó con alta frecuencia, esta tarea fue percibida como moderadamente accesible en términos de dificultad. Las entrevistas resaltaron que, en muchos casos, los datos recopilados carecían de profundidad o se basaban en indicadores débiles, dificultando evaluaciones de calidad posteriores. La ausencia de sistemas metódicos y la falta de financiamiento continuo afectaron negativamente la rigurosidad de este proceso, destacando la necesidad de fortalecer las capacidades técnicas para mejorar la calidad de los datos.

2.7. Capacitación y adaptación del personal

Finalmente, la formación del personal técnico fue considerada muy importante para la implementación de programas de calidad. Aunque esta tarea presentó la menor dificultad percibida, las entrevistas evidenciaron una falta generalizada de formación

específica y continua. Los y las profesionales incluso afirmaron la necesidad de tener que recurrir a iniciativas de autoformación, pero la sobrecarga laboral y la insuficiencia de personal dificultan su motivación para capacitarse. Este déficit de capacitación representó un obstáculo para mantener estándares elevados y responder a los retos del contexto actual.

3. Fase 3: evaluación de resultados e impacto¹

La fase 3 de evaluación permitió analizar la ejecución y percepción de cinco tareas relacionadas con los programas de prevención desde dos enfoques: los resultados de los cuestionarios y las aportaciones obtenidas en las entrevistas realizadas a los y las profesionales. A continuación, presentamos las principales conclusiones de cada tarea:

3.1. Concluir con decisiones informadas con evidencia empírica

En los cuestionarios, esta tarea mostró una alta dificultad percibida (mediana de 4) y una frecuencia moderada (mediana de 3), en ambos tipos de entidades y niveles de experiencia. Las entrevistas reforzaron esta percepción, señalando la dificultad de integrar evidencia científica de calidad debido a carencias en recursos, tiempo y seguimiento longitudinal. Las personas entrevistadas enfatizaron que la falta de evaluación desde las fases iniciales del programa dificultaba concluir con decisiones basadas en evidencia, generando un ciclo de carencias evaluativas que se arrastran a lo largo de todo el proyecto.

Estas limitaciones evidenciaron una brecha entre la intención de fundamentar decisiones en datos y su ejecución práctica, lo que implica que la evaluación debe integrarse desde el inicio de los programas para facilitar decisiones basadas en evidencia.

3.2. Interpretación de resultados y evaluación de impacto

Tanto los cuestionarios como las entrevistas señalaron que esta tarea implica retos importantes. La dificultad fue alta en todos los grupos (mediana de 4), mientras que la frecuencia fue mayor en las ONG (mediana de 3,5 frente a 3 en EG), especialmente entre los profesionales con experiencia alta. Sin embargo, las entrevistas destacaron la falta de conocimientos en estadística avanzada y métodos evaluativos que permitan medir cambios conductuales o impacto preventivo, más allá de cuestionarios de satisfacción o datos de proceso.

El análisis de las entrevistas resaltó una preocupación común: la necesidad de formar equipos técnicos capaces de interpretar datos con rigor. Además, se subrayó la

¹ Todas las medianas expresadas se evaluaron en una escala del 1 a 5, siendo 1 muy baja y 5 muy alta.

falta de evaluaciones externas como un factor limitante para garantizar la validez y calidad del análisis de impacto, reforzando la importancia de abordar esta tarea desde un enfoque interdisciplinario.

3.3. Análisis de datos y medición del impacto de género

Esta tarea presentó la menor frecuencia de ejecución (mediana de 3), especialmente en las EG, donde los y las profesionales con menos experiencia rara vez la llevaron a cabo (mediana de 2). La dificultad percibida fue alta en general (mediana de 4), siendo mayor en las ONG con experiencia alta. Las entrevistas señalaron la escasez de herramientas adecuadas y formación en perspectiva de género como los principales desafíos, destacando que la desagregación de datos por sexo, aunque común, no es suficiente para abordar una medición real de impacto.

En las entrevistas, las personas profesionales expresaron que la integración de la perspectiva de género en la evaluación estaba condicionada por una falta de claridad y formación desde etapas previas. Esto indica que esta tarea requiere un enfoque transversal que contemple la perspectiva de género desde el diseño de los programas.

3.4. Definición de indicadores y recolección de datos de resultado

Los resultados de los cuestionarios reflejaron una frecuencia relativamente alta (mediana de 3,5 a 4), aunque con diferencias entre niveles de experiencia y tipo de entidad. Los y las profesionales con más experiencia de las ONG ejecutaron esta tarea con mayor frecuencia, mientras que, en las EG, los/las que tenían más experiencia la realizaron menos habitualmente. En términos de dificultad, la mediana fue de 3,5 para todos los grupos. Las entrevistas destacaron retos clave, como la confusión entre indicadores de proceso y resultado, la falta de herramientas estandarizadas y la inconsistencia en los objetivos planteados para la evaluación.

Las personas entrevistadas subrayaron que la calidad de los indicadores y la sistematización en la recolección de datos son aspectos fundamentales para garantizar evaluaciones significativas. Estas carencias limitan la capacidad de medir el impacto real de los programas, lo que refuerza la necesidad de clarificar objetivos y contar con metodologías específicas para la recolección de datos.

3.5. Elaboración y presentación de informes

Esta fue la tarea más frecuentemente realizada (mediana de 4 en ONG y 3,5 en EG), aunque la dificultad percibida fue moderada (mediana de 3). Las ONG con experiencia alta reportaron mayores desafíos, probablemente debido a la variabilidad en los requisitos de los/las financiadores/as o su mayor diversificación. Las entrevistas revelaron

que, aunque los informes se elaboran de manera consistente, solían presentar limitaciones en el análisis profundo de resultados e impacto. La falta de indicadores sólidos y metodologías rigurosas fue identificada como un obstáculo recurrente.

En este contexto, las personas entrevistadas destacaron que una mejora en la calidad de los informes requeriría tiempo y recursos adicionales. Esto demuestra que, aunque la elaboración de informes es una práctica consolidada, sigue existiendo margen para optimizar su contenido y aumentar su utilidad para la evaluación de los programas.

Calidad y efectividad de los programas

Los programas de prevención de adicciones en España presentan una calidad percibida como moderada, reflejada en los resultados del cuestionario, donde la mediana de las respuestas se situó en valores intermedios para la mayoría de los aspectos evaluados. Destaca el consenso sobre la necesidad de un cambio político significativo, con la puntuación más alta en esta área, mientras que el nivel general de calidad en España obtuvo valoraciones más bajas, evidenciando una percepción de áreas críticas que requieren atención.

La implementación de políticas públicas adecuadas es vista como un aspecto crucial para la mejora. Existe consenso sobre la necesidad de establecer un marco normativo unificado que promueva la prevención basada en evidencia científica. Sin embargo, las frecuentes inestabilidades políticas y la priorización del tratamiento sobre la prevención dificultan alcanzar un enfoque estratégico y coherente.

La resistencia a abandonar prácticas tradicionales, unida a la falta de formación específica entre los profesionales, limita la adopción de metodologías innovadoras. Tanto las respuestas del cuestionario como las entrevistas subrayan la carencia de evaluaciones rigurosas, un obstáculo significativo para medir el impacto real de los programas y optimizar su diseño e implementación.

Finalmente, el sector demanda mayor apoyo institucional, mejores condiciones laborales y una financiación estable. La prevención es reconocida como una herramienta fundamental para aliviar la presión sobre el sistema de tratamiento, pero para maximizar su impacto es necesario un compromiso político sólido, acompañado de recursos y acciones coordinadas a nivel estatal.

Perspectiva de género

Los resultados del cuestionario del proyecto HIGIEA reflejan un reconocimiento generalizado de la importancia de la perspectiva de género en la prevención de adicciones, con

medias acuerdo altas (4/5) en aspectos como el impacto de las desigualdades de género y su inclusión en los programas. Sin embargo, la implementación práctica muestra inconsistencias, especialmente en su frecuencia en los programas y a nivel nacional, donde las medias más moderadas de 3 y la dispersión hacia valores más bajos evidencian brechas significativas. Estos resultados, complementados por las entrevistas, subrayan una problemática compartida: aunque la perspectiva de género es percibida como imprescindible, su integración efectiva enfrenta barreras estructurales y metodológicas.

Las valoraciones más altas de grupos específicos, como mujeres, participantes junior y miembros de ONG, sugieren una sensibilidad mayor hacia la perspectiva de género en estos subgrupos. Sin embargo, otros profesionales destacaron las limitaciones actuales en otros aspectos interseccionales u otros géneros describiéndolas como un "páramo" debido a la falta de bibliografía contundente y metodologías claras. En este contexto, las propuestas de mejora incluyen, nuevamente, la capacitación accesible para los profesionales del sector, establecer estándares claros para la aplicación de la perspectiva de género y desarrollar herramientas específicas que permitan medir el impacto de este enfoque en la fase de evaluación.

Las entrevistas revelaron seis retos en la implementación de este enfoque: la falta de formación específica en género, estructuras tradicionales androcéntricas que dificultan enfoques interseccionales, y la ausencia de una integración transversal del enfoque de género en todas las etapas del programa. Además, se destaca la descoordinación entre recursos disponibles, la falta de herramientas adecuadas para evaluar el impacto de los programas y la desconexión entre la teoría y la práctica, lo que limita la aplicación efectiva de la perspectiva de género.

Conclusión general

El proyecto HIGIEA ha permitido identificar los avances, retos y oportunidades en la implementación de programas de prevención de adicciones en España, destacando la relevancia de abordar todas las fases del proceso (diseño, implementación y evaluación) como componentes interrelacionados. Si bien los equipos técnicos han mostrado avances significativos en la incorporación de enfoques innovadores, como la integración de metodologías participativas y la adaptación a diversos contextos, persisten desafíos estructurales y metodológicos que limitan el impacto potencial de estos programas.

En particular, la evaluación de resultados e impacto emergió como la fase más desafiante, con dificultades atribuibles a barreras como la baja frecuencia de ejecución, la falta de indicadores claros y la limitada capacitación técnica en análisis de datos.

Estos hallazgos son consistentes con los resultados cuantitativos obtenidos a través del GLM y los aportes cualitativos recopilados durante las entrevistas. Integrar la evaluación como un eje transversal desde el diseño de los programas y fortalecer las competencias de los equipos técnicos en esta área se posicionan como pasos estratégicos para superar las limitaciones actuales.

Además, la sostenibilidad financiera, la capacitación continua del personal y la transversalización de la perspectiva de género se consolidaron como áreas prioritarias para garantizar la eficacia y la equidad de las intervenciones preventivas. Los datos obtenidos refuerzan la necesidad de dotar a los programas de recursos y herramientas innovadoras que permitan maximizar su impacto en un entorno social y cultural en constante cambio.

En su conjunto, los resultados de HIGIEA ofrecen una base para el diseño de políticas públicas más inclusivas y basadas en evidencia, orientadas a abordar las adicciones de manera integral. Este informe se erige como una herramienta para responsables de políticas y profesionales del sector, subrayando la importancia de consolidar un sistema preventivo que combine calidad, equidad y sostenibilidad, y que sea capaz de adaptarse a las complejidades de la sociedad actual. Con un enfoque multidimensional e innovador, el proyecto HIGIEA no solo ha permitido identificar las principales fortalezas y debilidades del sistema, sino que también ha ofrecido un camino para implementar prácticas basadas en evidencia científica y alineadas con estándares de calidad.

Referencias

- Aranda-Rodríguez et al. (2023). Estudio Reducción de Daños en el Siglo XXI. Fase II Nuevas Estrategias de Reducción de Daños. UNAD, la Red de Atención a las Adicciones. Madrid.
- Asociación Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las Drogodependencias. (2021). *Estrategias para la intervención en drogodependencias: Nuevas perspectivas en la prevención*. *Revista de la Asociación Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las Drogodependencias*, 45(1-2), 45-60. Recuperado el 4 de noviembre de https://www.aesed.com/upload/files/v45n1-2_sdema.pdf
- Becoña Iglesias E. (2023). Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de las drogodependencias y de las adicciones. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- Brosowski, T., Meyer, C., & Bühringer, G. (2021). *Gender differences in gambling behavior: The relationship between impulsivity, game preference and problems*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1706. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041706>
- Episteme Social (2022). Procesos de empoderamiento y acceso a derechos en las poblaciones (semi) ocultas drogodependientes. Una investigación orientada a la evaluación de la efectividad de los recursos sociosanitario y a la evaluación de impactos de las políticas públicas. Barcelona: Episteme Social. Recuperado el 11 de noviembre de 2024.
- Episteme Social (2023). Diké. Condicionantes sociales en la salud y el estilo de vida de las poblaciones ocultas con problemas de adicciones. Investigación orientada a la generación de conocimiento en la atención sociosanitaria y el análisis de buenas prácticas. Barcelona. Episteme social. Recuperado el 11 de noviembre de 2024.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2022). *Gender and drugs: Gender-specific responses to drug use and related problems*. Publications Office of the European Union.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2022). European Prevention Standards in Quality in Drug Demand Reduction. EMCDDA.
- Fernández, D., Navarro, J., Vidal-Giné, C., & de la Vega, B. (2024). Energy Control: Más de 25 años rompiendo con la prohibición del consumo de drogas. *Revista Internacional de Educación y Análisis Social Crítico Mañé Ferrer y Swartz*, 2(1), 204-249.

REFERENCIAS

- Fernández, D., Navarro, J., Vidal-Giné, C., & de la Vega, B. (2024). [La incorporación de la perspectiva de género en las políticas públicas sobre drogas: Avances y retos.](#) Revista de Políticas de Drogas, 31(1), 45-60.
- Fernández Rodríguez, M., Dema Moreno, S., & Fontanil Gómez, Y. (2020). [Género y políticas sobre drogas en España: avances y limitaciones.](#) Revista Española de Drogodependencias, 45(1-2), 1-16.
- Fernández, S., Nebot, M. & Jané, M. (2002). [Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los metaanálisis?](#). Revista Española de Salud Pública, 76(3), 175-187.
- González de Audikana de la Hera, M. (Coord.). (2017). [Repensando la prevención.](#) Universidad de Deusto.
- Isorna Folgar, M., & Saavedra Pino, D. (2012). [Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas.](#) Ediciones Pirámide.
- Labrador, F. J., & Lozano Martínez, O. (2017). [Evaluación de la efectividad de programas de prevención primaria en entornos escolares.](#) Revista Española de Drogodependencias, 42(1), 45-60.
- Mancomunitat de la Vall del Tenes. (2018). *Pla de Prevenció de Drogues de la Vall del Tenes.* Diputació de Barcelona.
- Martínez-Oró, D. P. (2023). [Guia Pràctica d'Avaluació dels Plans Locals de Prevenció d'Addiccions.](#) Generalitat de Catalunya. Agència de Salut Pública.
- Martínez-Oró, D. P. (2015). [Sin pasarse de la raya. La normalización de los consumos de drogas.](#) Bellaterra.
- Martínez-Oró, D. P., & Pallarés-Gómez, J. (Coords.). (2013). [De riesgos y placeres: Manual para entender las drogas.](#) Milenio.
- Ministerio de Sanidad. (2017). [Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024.](#) Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- [PDS - Promoció i Desenvolupament Social - PDS.](#) (2020). *Prevención de conductas adictivas en adolescentes: Herramientas y recursos para educadores.* PDS.
- Ramírez de Arellano, A. R. (2022). [Gramática de la prevención de adicciones. Documento técnico para la prevención local de las adicciones.](#) Consejería de Salud y Consumo, [Junta de Andalucía.](#)
- Sánchez Pardo, L. (Coord.). (2011). [Instrumentos para la evaluación de los programas incluidos en la cartera de servicios en materia de prevención de las drogodependencias.](#) Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia, Dirección General de Innovación y Gestión de Salud Pública, Subdirección General de Fomento de Programas de Estilos de Vida Saludables. Servicio de Drogodependencias y Trastornos Adictivos.

- Vidal, C., Navarro, J. y Fernández, D. (2023). *Energy Control: Observatorio de consumos, riesgos y cuidados. Informe Técnico 2023*. Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD).
- Villanueva-Blasco, V.J., Amatller, O., Isorna, M., Otero-Requeijo, M., y Ramírez de Arellano, A. (2024). *Estudio descriptivo sobre la situación demográfica y perfiles formativos de los y las profesionales de prevención de adicciones. Opciones de futuro*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Villella, C., Potente, R., Mantovani, C., Bellomo, M., & Polidori, G. (2021). *Adolescent gambling behavior: A gender oriented prevention strategy is required?* Italian Journal of Pediatrics, 47, Article 105. <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01066-w>

Anexo

1. Resultados del Modelo Lineal Generalizado (GLM)

En esta sección presentamos los coeficientes estimados del GLM, junto con sus errores estándar (*SE*), valores *t* y niveles de significancia (*p*), organizados en la *Tabla 2*. El número de observaciones total fue 4182, los grados de libertad residuales fueron 4176, la desviación residual fue de 4600,2; y el valor AIC de 12281.

Efecto	<i>Beta</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
(Intercepto)	3.14632	0.03405	92.400	$< 2 \times 10^{-16}$
Fase: Implementación	0.17749	0.05156	3.443	0.000582
Fase: Evaluación e impacto	0.42652	0.06229	6.848	$< 8.59 \times 10^{-12}$
Tipo: Frecuencia ejecución	0.79381	0.04813	16.492	$< 2 \times 10^{-16}$
Fase: Implementación × Frecuencia ejecución	-0.39789	0.07290	-5.458	5.09×10^{-8}
Fase: Evaluación e impacto × Frecuencia ejecución	-0.92961	0.08807	-10.555	$< 2 \times 10^{-16}$

Tabla 2.- Coeficientes del Modelo Lineal Generalizado (GLM).

Nota. β = Coeficiente estimado; *SE* = Error estándar; *t* = Valor *t*; *p* = Nivel de significancia. Interacciones significativas muestran cómo las fases afectan la dificultad percibida dependiendo de la frecuencia de ejecución.