

**PROGRAMACIÓN Y EVALUACIÓN EN
PREVENCIÓN UNIVERSAL Y SELECTIVA**

Gregor Burkhart.
Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, Lisboa.
Responsable para el Área de Prevención.

Teresa Salvador Llivina.
Psicóloga.
Consultora independiente en Promoción de la Salud.

INTRODUCCIÓN: ¿SE PUEDE OPINAR SOBRE LOS CONTENIDOS DE LA PREVENCIÓN?

En la prevención del abuso de drogas, es un ámbito muy joven. Sin embargo en la actualidad se dispone de investigación relevante desarrollada desde finales de los años 70 del S. XX. Esta información proviene de: el desarrollo de estudios epidemiológicos longitudinales y transversales; la evaluación –mediante diseños experimentales controlados- de los distintos modelos teóricos que se han planteado desde que se inició la práctica preventiva en drogodependencias; la evaluación del impacto a corto, medio y largo plazo de planes estratégicos y políticas preventivas de carácter global; y el todavía incipiente desarrollo de la investigación básica aplicable en prevención. Como resultado de estos estudios, en la actualidad se dispone de prototipos de programas cuya eficacia respecto a otros o respecto a la no intervención, está clara y consistentemente probada (Sloboda y Bukoski, 2003; Becoña, 2003; Alonso Sanz, Salvador Llivina, Suelves Joanxich et al., 2004).

Por eso, los principios y el contenido de las actuales estrategias de prevención del consumo de drogas, especialmente de los programas de prevención uni-

versal puestos en marcha en escuelas, se basan en pruebas científicas, pero no se implementan en todos los estados miembros. Los efectos mensurables a largo plazo de la prevención universal escolar, aun cuando sean mínimos (Stothard y Ashton, 2000), constituyen un gran logro si se consiguen en grandes poblaciones. Los principios básicos, lo que funciona y lo que no, están actualmente bien definidos y existen varios enfoques de probada eficacia entre los que figuran la enseñanza interactiva (en la que participan compañeros) (Tobler y Stratton, 1997), la modificación de creencias normativas (Flay, 2000), la prioridad de las aptitudes sociales y la disponibilidad de información básica sobre las distintas sustancias; todos estos enfoques deben ser equilibrados y relevantes para la realidad social de los jóvenes (Hansen, 1992; Dusenbury y Falco, 1995; Paglia y Room, 1999; Tobler et al., 2000; Tobler, 2001).

De forma similar, los factores que contribuyen al éxito de la implementación de las políticas de prevención en los centros escolares son bien conocidos: adhesión firme a los contenidos de las sesiones definidas en un programa, impartidas por profesores debidamente formados; contenido claramente definido; y disponibilidad de manuales y materiales. Asimismo, la prevención del consumo de droga debería formar parte de una amplia política escolar en materia de drogodependencia y protección de la salud (Paglia y Room, 1999; Chinman et al., 2004).

Los fundamentos teóricos y científicos están hoy en día suficientemente bien desarrollados y definidos como para definir un canon de prácticas y elementos recomendables y también un índice de estrategias contraproductivas e incluso peligrosas (que aumentan el consumo). Los profesionales en la prevención hoy en día deberían estar formados y actualizados en los principios de prevención. No hay más espacio para una prevención instintiva, abierta a opiniones personales sobre lo que podría funcionar.

Por estas razones, el OEDT ha creado en su página Web un manual dinámico que contiene las teorías y los contenidos más frecuentes en prevención, su valor según el contexto, y la respectiva literatura (resúmenes de artículos y literatura en .pdf) de base. Este Prevention and Evaluation Resource Kit (PERK) está disponible en inglés pero está muy sintonizado con un Manual sobre Planificación de Programas Preventivos, elaborado por Teresa Salvador para el Catálogo de Programas de Prevención del PLAN DE GALICIA SOBRE DROGAS.

LAS BASES CIENTÍFICAS DE LA PREVENCIÓN EN LA UNIÓN EUROPEA

PREVENCIÓN UNIVERSAL

En la práctica, en algunos Estados miembros, los avances son lentos y siguen prevaleciendo los conceptos que carecen de base científica. Los legisladores y profesionales de varios Estados miembros siguen dando prioridad a enfoques que han demostrado su ineficacia, como la educación afectiva (por ejemplo, fomentar la autoestima, que es una práctica habitual en Alemania), la oferta de información sobre las drogas (aumentar la concienciación) y la reflexión. Esto viene motivado por la inercia, un exceso de énfasis en los enfoques centrados en los aspectos médicos y adictivos, la escasa importancia que se atribuye a las influencias sociales y la prioridad dada a las variables personales. Asimismo, en algunos países, la ausencia de normas implica que la prevención compete únicamente a los profesionales de la salud o profesores de ámbito local, cuyos conocimientos sobre la prevención basada en pruebas científicas suelen ser escasos y, por tanto, la prevención se ve influida por las creencias y opiniones populares. En algunos Estados miembros (por ejemplo, Dinamarca, Estonia, Francia, Letonia, algunas regiones de Bélgica, Alemania e Italia), la prevención en los centros escolares sigue basándose en gran medida en la información ofrecida en folletos, seminarios esporádicos, jornadas de acción y exposiciones, reuniones, conferencias y visitas de expertos. Resumiendo, los legisladores y profesionales de varios Estados miembros siguen dando prioridad a enfoques que han demostrado su ineficacia, como la educación afectiva (por ejemplo, fomentar la autoestima, que es una práctica habitual en Alemania), la oferta de información sobre las drogas (aumentar la concienciación) y la reflexión.

Respectivo a la logística de la implementación de la prevención, en la práctica se distinguen tres estrategias independientes, que sólo en contadas ocasiones se encuentran integradas. En la primera estrategia, las medidas de prevención se aplican a través de amplios programas nacionales (República Checa, Irlanda, Lituania y los Países Bajos) o mediante una serie de programas homologados (España, Grecia, Hungría y Suecia). En otro enfoque, la prioridad es la formación del profesorado (la comunidad francófona de Bélgica, algunas regiones de Alemania, Austria y el Reino Unido), partiendo de la idea de que los profesores integrarán el mensaje de la prevención en sus actividades escolares diarias. Por último, algunos países (por ejemplo, Portugal, Finlandia) optan casi únicamente por

redes de escuelas promotoras de la salud. Sólo Irlanda y España aplican estos tres enfoques de forma cohesionada en todo el país.

Existen pruebas, aunque limitadas (Flay, 2000), de que el éxito de la prevención en los centros escolares depende de su integración en planes de estudios que fomentan la protección de la salud y en una política escolar sobre drogas, y de su capacidad para abordar aspectos de la vida social y de la comunidad (Paglia y Room, 1999). Sin embargo, el uso abusivo de expresiones como “fomento de estilos de vida saludables”, “enfoques holísticos” y “prevención integral” suele enmascarar la ausencia de una base sólida para las políticas preventivas y un compromiso limitado con la prevención basada en pruebas científicas.

No se han registrado avances en materia de prevención en el ámbito familiar. En tanto que componente de la prevención universal, ésta sigue limitada a los grupos o reuniones de padres (por ejemplo, Alemania, Grecia y Suecia), mientras que forma parte constitutiva de la prevención selectiva (es decir, dar prioridad a las familias en situación de riesgo) únicamente en España, Irlanda, Polonia, Suecia y el Reino Unido.

PREVENCIÓN SELECTIVA

El concepto de partida es que solo una minoría de los que experimentan con drogas desarrollan problemas más tarde. A diferencia de lo que ocurre en el ámbito de la prevención universal, dirigida a un amplio espectro de la sociedad, la prevención selectiva se centra en grupos o individuos vulnerables. La prevención selectiva recurre a los conocimientos existentes (preferentemente a escala local) sobre los factores de riesgo, los grupos vulnerables y los barrios desprivilegiados para ofrecer respuestas allí donde el riesgo de tener problemas relacionados con las drogas es mayor. El desafío ahora es descubrir cuáles son los factores de vulnerabilidad que nos ayudarían a identificar y a dar más atención o ayuda a grupos más vulnerables. Parece bastante lógico, pero se hace muy poco en Europa. Es obviamente un enfoque en grupos que no se alcanzan con la prevención universal (por ejemplo aquellos jóvenes que ya fracasaron en la escuela).

La prevención selectiva recibe cada vez más atención en algunos países, por ejemplo en Finlandia y en Suecia, debido al aumento del consumo de cannabis y

de alc-ohol con fines recreativos, aunque se sigue circunscribiendo a unos pocos Estados miembros en mayor medida en los que ya se aplican estrategias bien racionales en materia de prevención universal. Es fundamental partir de una base teórica y una evaluación sólidas, de modo que la selección de los grupos o regiones objetivo se base en datos científicos y que los objetivos de las intervenciones puedan definirse e interconectarse. Por ejemplo, en Hungría, varias intervenciones se centran en la población gitana y aplican enfoques destinados a la comunicación entre jóvenes de la misma edad.

Es evidente que en casi todos los estados miembros hay una grande brecha entre los conocimientos científicos sobre lo que funciona en prevención (y lo que no funciona) y las prácticas implementadas. Muchos decisores políticos basan las estrategias - y muchos profesionales sus programas - en asunciones no comprobadas. Incluso cuando las intervenciones preventivas tienen bases científicas, muchas veces hay todavía una falla en la lógica del diseño y de la evaluación. La situación española dentro de este escenario está todavía menos dramática que en la mayoría de los otros estados miembros.

NECESIDAD DE UN MODELO LÓGICO

En primer lugar, y esto es el contenido principal del taller, es importante que todo programa preventivo siga una estructura lógica y plausible que demuestre la coherencia de los varios contenidos de la intervención. En la práctica, consiste en el desarrollo de un plan de implementación basado en principios operativos de coherencia interna. Es decir, un plan integrado por elementos cuya relación entre todos ellos responda a criterios de necesidad y complementariedad, organizados temporalmente de acuerdo a unos pasos o fases de desarrollo cuya secuencia permita el avance real de una fase a la siguiente.

El Modelo lógico permite mejorar la potencial eficacia del programa mediante el establecimiento de relaciones lógicas entre sus elementos, y consecuentemente, permite controlar que desde el inicio del proceso de planificación:

- Exista una relación lógica (coherencia) entre los objetivos que se quiere conseguir, las necesidades de la población destinataria y los indicadores

que se seleccionarán para poder evaluar la situación de partida y la situación al finalizar el programa.

- Exista una relación lógica (coherencia) entre los indicadores con los que se pretende trabajar y el modelo teórico elegido.

- Exista una relación lógica (coherencia) entre los objetivos y los recursos disponibles para alcanzarlos.

- Exista una relación lógica (coherencia) entre los objetivos, los recursos y las actividades planteadas.

- Exista una relación lógica (coherencia) entre los objetivos, los indicadores seleccionados desde el inicio y los resultados finales esperados.

Tabla 1. Fases y pasos del Modelo Lógico de planificación de programas

FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4	FASE 5
Definir necesidades	Asegurar viabilidad	Definir programa	Definir plan implementación	Definir plan de evaluación
Reunir datos , definir problema ↓ Justificar necesidad de intervenir ↓ Identificar población diana: final / intermedia ↓ Identificar factores de riesgo y protección ↓ Plantear hipótesis de trabajo/adaptar un modelo de cambio	Valorar/adecuar recursos internos ↓ Valorar/adecuar capacidad interna ↓ Identificar recursos comunitarios ↓ Valorar receptividad ↓ Establecer marcos y cauces de colaboración	Definir prioridades ↓ Definir objetivos medibles y alcanzables ↓ Revisar evidencia Adoptar opción ↓ Balance: fidelidad - adaptación ↓ Definir programa	Desarrollar los contenidos del programa ↓ Definir: 1. Actividades 2. Recursos 3. Calendario 4. Cronograma 5. Indicadores de: • proceso • resultados (corto, medio y largo plazo, si es posible)	Analizar consecución objetivos de: -proceso -resultados ↓ Informe de resultados: Valorar consecución objetivos. Si no obtenidos: Revisión- Adaptación- Re-evaluación

Fuente: Adaptación realizada en base a las necesidades más frecuentes observables en la planificación de programas, a partir del modelo planteado por el Center for Substance Abuse Prevention. *Achieving outcomes: A practitioner's guide to effective prevention. Chapter 1: Determine Prevention needs and assets.* Rockville: SAMHSA, 2002.

Esta forma de estructuración de un programa evitará también los típicos problemas en la evaluación del mismo. Si un programa está desarrollado según el modelo lógico, es claramente más fácil de definir los indicadores de evaluación y, sobretodo, explicitar el mecanismo (presumido) del funcionamiento del programa. Esto, al final de la evaluación, ayudará a explicar cómo y por qué se han producido los efectos que se han observado en el sentido de la “Theory-based evaluation” (Birkmayr 2000, Weiss 1997). O sea que evitamos el “efecto Black Box” de una evaluación que solo se concentra en los resultados sin poder explicar de qué condiciones y variables dependen estos resultados.

Un ejemplo de un modelo lógico, definiendo los pasos de desarrollo dentro de un proyecto, puede ser el siguiente, que es similar a la secuencia propuesta en el PERK:

ELEMENTOS ESENCIALES EN EL DESARROLLO DE UN PROGRAMA

Los elementos más esenciales que un programa tendría que tener son

- La identificación de necesidades
- La definición de un modelo de cambio / funcionamiento
- La definición de objetivos (medibles y realizables)
- La definición de los contenidos del programa
- La definición de indicadores (SMART¹)

¹ SMART – Specific-Measurable-Appropriate-Realistic-Timebound (específicos – medibles – apropiados – realizables – con plazo definido)

Durante este proceso de la definición de los varios objetivos se volverá repetidamente las cuestiones claves del modelo lógico sobre si existe relación lógica y plausible entre estos elementos, por ejemplo si los indicadores reflejan realmente los objetivos y los contenidos del programa, o si los elementos de intervención usados son realmente lo más indicado y eficaz para el grupo diana escogido y su entorno socio-cultural.

En cada paso el desarrollo de un proyecto es relevante recordar algunas de las preguntas simples pero a veces incómodas del manual de evaluación del OEDT, por ejemplo:

- ¿Cuál es el problema?
- ¿Dónde se produce el fenómeno?
- ¿Qué grupo de población se ve afectado?
- ¿Ha evolucionado en el tiempo su dimensión, su importancia y su repercusión?
- Con los datos disponibles ¿se puede prever que empeore en el futuro?
- ¿Es este problema más prioritario que otros?, ¿por qué?
- ¿Qué grupo de población se beneficiará de participar en el programa? ¿Por qué? ¿Cuál es la situación en la que se encuentra este grupo?
- Por qué la situación en la que se quiere intervenir, se considera prioritaria frente a otras situaciones o problemas existentes.
- Por qué se considera que este programa constituye la respuesta más eficaz para afrontar el problema o la situación que se quiere abordar.

Este manual de evaluación está disponible en la página del OEDT (www.emcdda.eu.int) en al menos 11 lenguas, inclusive el castellano. Se ha no solo para la auto-evaluación de proyectos de prevención, sino igualmente usado – por ejemplo para los proyectos básicos de la UNESCO – para la planificación de la mismas intervenciones preventivas. Es siempre importante recordarse cuestiones básicas de evaluación en el propio diseño del programa para mantener siempre el foco en la coherencia global del mismo.

En relación a la definición de un modelo de cambio los profesionales españoles tienen una ventaja sensacional porque las más completas compilaciones de teorías de prevención y bases científicas de la prevención están publicadas en Castellano y disponibles en la Web. El Prof. Elisardo Becoña ha realizado una amplia revisión de modelos utilizados en prevención del abuso de drogas (Becoña, 1999), clasificándolos en:

- Teorías parciales o basadas en pocos componentes: modelos biológicos; teorías del aprendizaje; teorías actitud-conducta; teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales; teorías basadas en la familia y el enfoque sistémico, el modelo social y otros.

- Teorías evolutivas: modelo de Kandel; modelo de etapas motivacionales m-ulticomponentes; modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes; teoría de la madurez sobre el consumo de drogas; teoría de la pseudo madurez o el desarrollo precoz; modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial; modelo de la socialización primaria y otros.

- Teorías integrativas y comprensivas: modelo de promoción de la salud; teoría del aprendizaje social; teoría del desarrollo social; teoría interaccional; teoría de la conducta problema; teoría de la conducta de riesgo de los adolescentes; modelo integrativo general² de la conducta de consumo de drogas; modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan y otros.

Una síntesis de las características de los modelos más utilizados actualmente en prevención se presenta en el “Glosario sobre prevención del abuso de dro-

gas” realizado en nuestro país (Alonso Sanz, Salvador Llivina, Suelves Joanxich et al., 2004)³.

DEFINIR OBJETIVOS E INDICADORES

No es realista esperar que un solo programa pueda conseguir muchos cambios simultáneamente, por ello es importante considerar que:

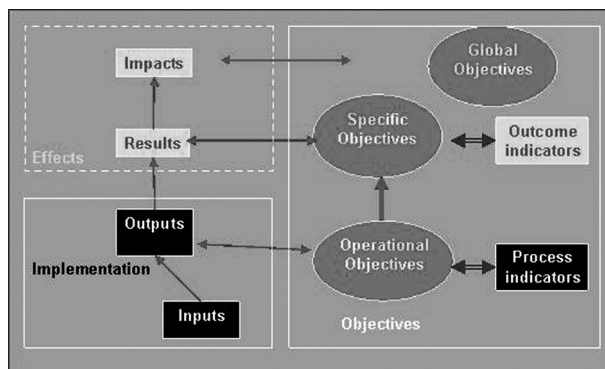
- Un programa se plantee pocos objetivos específicos: siendo tres el número máximo razonable.
- Cada objetivo específico debe ser alcanzable, es decir, debe existir una pr-obabilidad razonable de que pueda conseguirse.
- Sea medible, es decir, se formule a partir de un dato objetivo de partida.
- Describa explícitamente el cambio intencionado en el grupo beneficiario de la intervención.
- Cada objetivo específico se defina de manera concreta.
- Cada objetivo específico explicita una referencia temporal.
- Cada objetivo específico sea verificable.

³ Tanto el compendio de modelos teóricos (Becoña, 1999), de bases científicas (Becoña 2003), como el Glosario sobre prevención del abuso de drogas (Alonso Sanz, Salvador Llivina, Suelves Joanxich et al., 2004), se hallan disponibles on-line en: <http://www.msc.es/pnd/publica/index.htm>

- Cada objetivo específico contribuya de manera significativa al cumplimiento del objetivo general.

Al llegar a este punto, es preciso señalar que con mucha frecuencia se confunden los objetivos específicos con los objetivos operacionales o con las actividades de un programa. Objetivos operacionales son, contrarios a los específicos, los cambios de proceso que se deben producir durante el desarrollo del programa para conseguir los objetivos previstos. O sea que describen productos creados por la misma intervención, como por ejemplo manuales producidas, sesiones realizadas, personas contactas, etc. Describen mediante qué proceso se pretende alcanzar los resultados esperados, por tanto responden a la pregunta de “¿cómo se espera obtener los cambios previstos?”. Ejemplo: “Mediante la puesta en marcha y desarrollo de una escuela de padres”.

Las actividades de un programa son las acciones y los recursos necesarios para transformar las intenciones del programa en los resultados esperados. Responden a la pregunta “¿qué se hará para conseguir los cambios esperados?”. Ejemplo: Las actividades que se realizarán para difundir la actividad, las sesiones que integran la escuela de padres, etc.



Es muy importante que estos conceptos (operacional versus específico) no se confundan porque esta distinción conlleva importantes consecuencias en la evaluación: los objetivos operacionales (i.e. sobre el proyecto en si) con los respectivos indicadores (logros del funcionamiento del programa en si) apenas permiten una evaluación de proceso. Solo los objetivos específicos – i.e. que divisan cam-

bios (conducta, consumo, etc.) en el grupo diana – con los respectivos indicadores sobre variables de consumo o intermedias proporcionan la posibilidad de efectuar una evaluación de resultados, vea el siguiente cuadro.

VIABILIDAD

130 En esta fase de la planificación se debe buscar información suficiente para asegurar la viabilidad del proyecto que se quiere desarrollar. La limitación de recursos es una circunstancia universalmente constatable en el ámbito de la prevención de drogodependencias. Por ello, es importante tener en cuenta la capacidad interna del equipo, así como la posibilidad de buscar apoyos externos. A veces existen recursos externos a los equipos encargados del desarrollo de programas preventivos que no se utilizan por un problema de desconocimiento derivado de no haber dedicado un cierto tiempo inicialmente a identificarlos. Para valorar los recursos disponibles, no se trata de identificar indicadores cuantificables sino más bien de recoger información básica y operacionalmente útil para el desarrollo del programa.

Por mucha atención que se ponga a la necesidad de coordinación, hay que prever que siempre pueden surgir resistencias entre entidades o personas que tienen que coordinarse para actuar en un mismo territorio, e incluso entre personas que trabajan dentro de una misma institución. En el momento de la planificación del diseño e implementación del programa es necesario tener en cuenta esta dificultad e intentar plantear la coordinación como una necesidad cuya consecución beneficiará a todos los profesionales e instituciones implicados.

Si esta fase de la planificación del proyecto no se toma lo suficientemente en serio, pueden surgir varios problemas grave, a pesar de que posiblemente se haya logrado previamente un buen diseño de la intervención. Puede llevar a

- El desarrollo de propuestas formalmente correctas pero muchas veces inviables por falta de los recursos humanos y económicos necesarios.
- La formulación de objetivos maximalistas, poco realistas y difícilmente alcanzables.

- La generación de expectativas públicas que luego no se pueden ver cumplidas.
- La frustración y el desgaste de los propios profesionales implicados en el desarrollo del programa.
- La indefinición de responsabilidades, y como consecuencia, vacíos importantes que afectan negativamente el desarrollo del programa.
- El solapamiento de intervenciones en un mismo territorio por falta de coordinación y comunicación.
- El descrédito de las intervenciones preventivas y del ámbito preventivo en general ante la comunidad en la que se desarrolla el programa.

CONTROL FINAL ANTES DE LA IMPLEMENTACIÓN Y PREPARACIÓN DE LA EVALUACIÓN

Para poder redactar un plan de implementación que tenga en cuenta el modelo lógico y que responda a la necesidad de ser un instrumento operativo útil, todos los elementos del plan deben ser congruentes y estar relacionados entre sí. Es decir, el plan de implementación debe responder a criterios de coherencia interna entre todos los elementos que lo integran. La Fig. 2, esquematiza cómo puede valorarse si los elementos de un plan tienen coherencia interna. Estos elementos, y su coherencia, son igualmente los criterios de inserción de programas en EDDRA, la base de programas on-line del OEDT (<http://eddra.emcdda.eu.int>).

Es imprescindible que, desde el momento del inicio de la redacción del Plan de implementación, se asegure que los objetivos se han marcado en base a los indicadores seleccionados y disponibles inicialmente, y se tenga en cuenta que la modificación de estos indicadores será lo que se medirá al final de la intervención en forma de resultados.



Fig. 2 Algunos de los elementos clave que permiten valorar la coherencia interna de un programa

En sinopsis, los puntos esenciales de un programa, de acuerdo con un plan de implementación según un modelo lógico son:

- Breve descripción de la situación inicial que se pretende modificar.
- Breve justificación de la necesidad del programa en el contexto anteriormente descrito.
- Descripción concisa y breve de la situación y características de la población destinataria, incluyendo los indicadores que la definen.
- Breve descripción del modelo teórico en el que se basa el programa. Este punto tiene como finalidad fundamentar la actuación, explicando la posible relación existente entre los problemas y factores de riesgo detectados, factores de protección que se espera promover y las variables que se quieren modificar.

- Enunciado del objetivo general del programa.
- Enunciado del/los objetivo/s específico/s del programa.
- Breve descripción del método de trabajo elegido para el desarrollo del programa

La cobertura prevista expresada en porcentaje del total de la potencial población destinataria.

Vías de difusión del programa, breve descripción de los medios a través de los cuales se va a contactar con el grupo destinatario (entrevistas o reuniones, medios de comunicación local, folletos, cartas, carteles en mobiliario urbano u otro tipo de avisos públicos).

Técnicas de trabajo que se van a utilizar. Son muchas las opciones disponibles para su utilización en un programa preventivo, en el presente Catálogo se presentan prototipos organizados por ámbitos de intervención.

Recursos humanos que van a intervenir y formación de cada profesional. Se trata de describir al equipo (interno), como al personal externo (de otras instituciones, voluntarios, etc.).

Actividades previstas. Las actividades previstas tienen que mostrar coherencia con los objetivos y han de ser adecuadas para conseguirlos. Dentro de cada prototipo de programa, el presente Catálogo propone las actividades más adecuadas a desarrollar.

- Actualización del calendario y cronograma.
- Comentarios sobre cambios e incidencias a destacar.

- Informe de evaluación, que de acuerdo a las previsiones señaladas en la re-edición del Plan de implementación, debería incluir un breve informe de: Evaluación del proceso y Evaluación de los resultados.

Al final de este proceso de planificación, la evaluación en si se da casi automáticamente porque se incluyó desde el inicio en el diseño del programa mediante la definición de objetivos específicos, una teoría de cambio e indicadores.

Esta constatación es relevante porque en la situación Europea, donde no hay fondos destacados para grandes estudios evaluativos de programas de prevención, la evaluación debe ser visto como parte integral de las intervenciones de prevención y como parte de una cultura – tal vez no estrictamente científica, pero más bien de buenas prácticas.

La evaluación es crucial para que los profesionales que desarrollan el programa puedan saber si el trabajo desarrollado, los esfuerzos realizados y los recursos invertidos han conseguido lo que se pretendía.

Es importante, porque la información complementaria que proporcionan los indicadores de proceso (recogidos a lo largo del desarrollo del programa) y los indicadores de resultados finales, permiten identificar puntos débiles. Esto es clave para reformular y mejorar el programa en el futuro. Es decir, permite hacer las modificaciones necesarias para mejorar los resultados en el próximo ejercicio temporal del programa.

Y al fin de cuentas es una responsabilidad social: normalmente los programas preventivos se desarrollan con recursos públicos, y es responsabilidad de las instituciones que administran este dinero, saber si las inversiones realizadas se están destinando al desarrollo de intervenciones de calidad que alcanzan los objetivos planteados y si no los alcanzan pueden identificar qué modificaciones se requerirán para mejorarlos.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso Sanz C, Salvador Llivina T, Suelves Joanxich JM, Jiménez García-Pascual R, Martínez Higuera I. (2004) Prevención de la A a la Z. Glosario de Prevención del Abuso de Drogas. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.

Becoña, E. (2003) Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Becoña, E. (1999) Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas.- Madrid: Plan Nacional sobre Droga.

Birckmayer, J.D. and Weiss, C., (2000) "Theory-based evaluation in practice", in *Evaluation Review*, vol. 24, n. 4

Bukoski, W. (2003) The emerging science of drug abuse prevention. En: Ed.: Sloboda Z, Bukoski WJ. *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice*. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers, 3-24.

Center for Substance Abuse Prevention (2002) *Achieving outcomes: A practitioner's guide to effective prevention*. Chapter I: Determine Prevention needs and assets. Rockville :SAMHSA,.

Chinman, M., Imm, P., Wandersmann, A. (2004) *Getting to Outcomes 2004, Promoting Accountability Through Methods and Tools for Planning, Implementation, and Evaluation*. RAND Corporation. Santa Monica. 2004

Dusenbury, L. and Falco, A. (1995). Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health*; 65, 10: 420-431.

Flay BR, Petraitis J. (2003) Bridging the gap between substance use prevention theory and practice. En: *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice*. Eds.: Sloboda Z y Bukski W. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers: 289-306.

Flay, B. (2000) Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviours*; 25, 6: 861-886.

Hansen, W. (1992) School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990, *Health Education Research*, 7(3), 403-430.

Paglia, A., Room, R. (1999). Preventing Substance Use Problems Among Youth: A Literature Review and Recommendations, *The Journal of Primary Prevention*, Vol. 20(1), pp. 3-50.

Sloboda Z, Bukoski WJ (2003) *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice*. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.

Stothard, B and Ashton, M (2000). Education's uncertain saviour. *Drug and Alcohol Findings*; (3) 4-7, 16-20.

Tobler, N. (2001). Prevention is a two-way process, *Drug and Alcohol Findings*, Issue 5, pp. 25-27.

Tobler, N., Stratton H.H. (1997). Effectiveness of School-Based Drug Prevention Programs: A Meta-Analysis of the Research. *The Journal of Primary Prevention*, 18(1), 71-128

Tobler, N.S., Roona, M.R., Ochshorn, P. et al. (2000). School-based Adolescent Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis. *The Journal of Primary Prevention*, 20 (4), 275-336

Weiss C (1997) "Theory-based evaluation : past, present and future", in D. J. Rog, ed., *Progress and Future Directions in Evaluation*, *New Directions for Evaluation*, n. 76, San Francisco, Jossey Bass