



Estudio descriptivo sobre la situación demográfica y **perfiles formativos** de los y las **profesionales de prevención de adicciones.**

Opciones de futuro

Autores

Víctor José Villanueva-Blasco • Otger Amatller Gutiérrez
Manuel Isorna Folgar • Miriam Otero-Requeijo • Alfonso Ramírez de Arellano



Coordinación

Por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD)

Jesús Morán Iglesias. Jefe de Área de Prevención. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad.

Rosario Sendino Gómez. Subdirectora General de Coordinación de Programas, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad.

Por la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)

Joaquín Corcobado Romo. Jefe de Área de Políticas Sociales. Dirección General de Igualdad y Política Locales. Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).

Elena Ramón Cercas. Subdirectora de Seguridad, Convivencia y Cohesión Social Área de Políticas Sociales. Dirección General de Igualdad y Políticas Locales. Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).

Por el Equipo de Investigación

Víctor José Villanueva-Blasco. Doctor en Psicología. Director del Máster Universitario en Prevención en Drogodependencias y otras Conductas Adictivas. Grupo de Investigación en Salud y Ajuste Psico-Social (GI-SAPS). Universidad Internacional de Valencia (VIU). Red de Investigación en Atención Primaria en Adicciones (RIAPAD). International Society of Substance Use Professionals (ISSUP-España).

Investigador Principal

Víctor José Villanueva-Blasco

Equipo de Investigación

Otger Amatller Gutiérrez. Licenciado en Psicología. Coordinador de Proyectos de Prevención. Fundación Salud y Comunidad. Universidad de Barcelona. International Society of Substance Use Professionals (ISSUP-España).

Manuel Isorna Folgar. Doctor en Psicología. Facultad Ciencias de la Educación y Trabajo Social. Universidad de Vigo. Coordinador del área Bienestar y Salud en la Cátedra Unesco Educación Transformadora: Ciencia, Comunicación y Sociedad de la Universidad de Vigo. Red de Investigación en Atención Primaria en Adicciones (RIAPAD). International Society of Substance Use Professionals (ISSUP-España).

Miriam Otero Requeijo. Doctora en Psicología. Grupo de Investigación en Salud y Ajuste Psico-Social (GI-SAPS). Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Internacional de Valencia (VIU).

Alfonso Ramírez de Arellano. Psicólogo Clínico y Terapeuta de Familia. Coordinador de la Unidad de Prevención Social. Diputación de Huelva. International Society of Substance Use Professionals (ISSUP-España).

Asesoramiento

Bartolomé Pérez Gálvez. *Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Oficina de Salud Mental y Adicciones. Generalitat Valenciana.*

Antonio Rial Boubeta. *Doctor en Psicología. Grupo de Investigación en Psicología del Consumidor y Usuario. Universidad de Santiago de Compostela. International Society of Substance Use Professionals (ISSUP-España).*

Patricia Ros Garcia. *Psicóloga Clínica. Profesora Asociada del Máster de Drogodependencias. Universidad de Barcelona. Directora Regional de Planet Youth para España y Latinoamérica. International Society of Substance Use Professionals (ISSUP-España).*

Contribuciones

Conceptualización: JMI, ERC, VJVB, OAG, MIF, ARdA, BPG, PRG; Adquisición de financiación: JMI, ERC, VJVB; Administración del proyecto: JMI, ERC, VJVB; Investigación: VJVB, OAG, MIF, MOR, ARdA; Metodología: VJVB, OAG, MOR, ARB; Recursos: VJVB, OAG, MOR; Gestión de datos: VJVB, MOR; Software: VJVB; Análisis formal: VJVB; Visualización: VJVB, OAG, MIF; Escritura - borrador original: VJVB; Escritura - revisión y edición: VJVB, OAG, MIF, MOR, ARdA; Validación: JMI, ERC, VJVB, OAG, MIF, MOR, ARdA; Supervisión: JMI, VJVB.

Cita sugerida

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.

Edita y distribuye:

©MINISTERIO DE SANIDAD
Centro de Publicaciones

©SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

NIPO:

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado: <https://cpage.mpr.gob.es>

El presente estudio se ha desarrollado en el marco de colaboración entre la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad), El estudio ha sido realizado por la Universidad Internacional de Valencia (VIU), con la colaboración de un grupo de profesionales de reconocido prestigio en la prevención de adicciones en España.

Considerando que el respeto y la promoción de la igualdad de género forman parte de los valores que conforman el desarrollo del presente documento, el uso indistinto de sustantivos – en género masculino o femenino – carece de intención discriminatoria alguna. En todos los casos el uso es de carácter inclusivo.

Ilustración de portada: freepick.

Contenido

1. Justificación	10
2. Objetivos	11
3. Método	12
3.1 Diseño del estudio	12
3.2 Variables de estudio	12
3.3 Procedimiento	14
3.4 Análisis estadísticos	17
4. Resultados	18
4.1 Perfil sociodemográfico	18
4.2 Perfil formativo	23
4.3 Perfil contractual y organizativo	34
4.3.1. Técnico/a Municipal de prevención de adicciones	39
4.4 Perfil de tareas y funciones	43
4.5 Ámbitos, poblaciones y niveles de la intervención preventiva	56
4.6 Evidencia científica, buenas prácticas y criterios de calidad incorporados a la intervención preventiva	63
4.7 Marco de actuación de las acciones preventivas	67
4.8 Determinación de necesidades, mejoras y propuestas	74
4.8.1. Determinación de necesidades	74
4.8.2. Determinación de mejoras y propuestas	78
4.8.2.1. Propuestas de mejora en relación a la prevención de adicciones	78
4.8.2.2. Propuestas para la sostenibilidad de las intervenciones en prevención de adicciones	82
4.8.2.3. Propuestas de mejora respecto a la profesión, los y las profesionales en prevención de adicciones (roles, tareas, retribución, reconocimiento, desarrollo profesional, etc.)	84
5. Conclusiones	85
5.1 Principales conclusiones	85
5.2 Posibles líneas de acción para la mejora y sostenibilidad de la prevención de adicciones en España	87
5.3 Desde la reflexión y la experiencia	91

Índice de Tablas

Tabla 1.	Variables de estudio.....	12
Tabla 2.	Inscripciones en el Censo de Profesionales de la prevención de adicciones en España, por Comunidad/Ciudad Autónoma y Provincia.....	16
Tabla 3.	Distribución geográfica de la muestra del estudio por Comunidad/Ciudad Autónoma y Provincia	19
Tabla 4.	Disciplina profesional.....	24
Tabla 5.	Formación principal en adicciones	26
Tabla 6.	Modalidad principal de formación específica en prevención de adicciones.....	26
Tabla 7.	Horas de formación específica en prevención de adicciones	27
Tabla 8.	Formación específica que conoce o ha recibido	29
Tabla 9.	Nivel de formación en distintos aspectos de prevención de adicciones	30
Tabla 10.	Nivel de formación en distintos aspectos complementarios a la prevención de adicciones	32
Tabla 11.	Frecuencia con que se recicla a nivel de conocimientos mediante artículos, libros, blogs, etc.....	33
Tabla 12.	Frecuencia con que se recicla a nivel de conocimientos mediante cursos, jornadas, seminarios, talleres, etc.	33
Tabla 13.	Entidad contratante en el último año.....	35
Tabla 14.	Tipo de contrato actual (%).....	36
Tabla 15.	Modalidad de contrato (%).....	36
Tabla 16.	Profesionales según el porcentaje de horas dedicadas a la prevención de adicciones	37
Tabla 17.	Número de habitantes del municipio	40
Tabla 18.	Dependencia orgánica por concejalía.....	41
Tabla 19.	Tareas desarrolladas en el área de políticas públicas (n = 360).....	43
Tabla 20.	Tareas desarrolladas en el área de investigación (n = 428)	44
Tabla 21.	Tareas de Asesoría Técnica (n = 400).....	46
Tabla 22.	Vías a través de las que se provee la formación y/o docencia (n = 450)	47
Tabla 23.	Tareas desarrolladas en el área de planificación, gestión y/o coordinación (n = 507)	49
Tabla 24.	Tareas desarrolladas en el área de diseño/adaptación de programas y/o materiales preventivos (n = 481)	50
Tabla 25.	Tareas desarrolladas en el área de implementación de acciones de prevención (n = 561)	51
Tabla 26.	Tareas desarrolladas en el área de implementación de programas preventivos (n = 498).....	52
Tabla 27.	Tareas desarrolladas en el área de detección e intervención en prevención de adicciones (n = 503)	54
Tabla 28.	Tareas desarrolladas en el área de intervenciones psicosociales y educativas (n = 461).....	54
Tabla 29.	Problemáticas en las que desarrolla su trabajo en prevención en adicciones	56
Tabla 30.	Poblaciones destinatarias de las intervenciones preventivas en adicciones	59
Tabla 31.	Ámbitos en los que se enmarcan las intervenciones preventivas en adicciones	61

Tabla 32.	Niveles de prevención en los que se desarrollan las intervenciones.....	63
Tabla 33.	Conocimiento/utilización de portales de evidencia científica en prevención de adicciones	64
Tabla 34.	Conocimiento/utilización de portales de buenas prácticas en prevención de adicciones.....	64
Tabla 35.	Conocimiento/utilización de estándares o criterios de calidad en prevención de adicciones.....	66
Tabla 36.	Medida en que recibe financiación para realizar la labor de prevención de adicciones	68
Tabla 37.	Tipo de seguimiento por parte de la entidad/administración financiadora	70
Tabla 38.	Objetivos del Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024 del PNSD en prevención y reducción del riesgo al que se vinculan las acciones preventivas desarrolladas.....	72
Tabla 39.	Necesidad de formación y/o asesoramiento	74
Tabla 40.	Percepción respecto a diversos aspectos de la prevención de adicciones.....	76

Índice de Figuras

Figura 1.	Distribución por sexo (%)	18
Figura 2.	Distribución por rangos de edad (%).....	18
Figura 3.	Distribución geográfica por comunidad/ciudad autónoma de la muestra del estudio (%)	21
Figura 4.	Distribución geográfica por provincias de la muestra del estudio (%).....	22
Figura 5.	Profesionales de prevención en adicciones como principal área laboral (%)	23
Figura 6.	Disciplina profesional (%).....	25
Figura 7.	Formación principal en adicciones (%)	26
Figura 8.	Modalidad principal de formación específica en prevención de adicciones (%).....	27
Figura 9.	Horas de formación específica en prevención de adicciones (%)	27
Figura 10.	Formación específica que conoce o ha recibido (%)	29
Figura 11.	Nivel de formación en distintos aspectos de prevención de adicciones (%).....	31
Figura 12.	Nivel de formación en distintos aspectos complementarios a la prevención de adicciones (%)	32
Figura 13.	Frecuencia con que se recicla a nivel de conocimientos mediante artículos, libros, blogs, etc. (%).....	33
Figura 14.	Frecuencia con que se recicla a nivel de conocimientos mediante cursos, jornadas, seminarios, talleres, etc. (%)	34
Figura 15.	Entidad contratante en el último año (%).....	35
Figura 16.	Tipo de contrato actual (%).....	36
Figura 17.	Modalidad de contrato (%).....	37
Figura 18.	Profesionales según el porcentaje de horas dedicadas a la prevención de adicciones (%)	37
Figura 19.	Trabajo preventivo solo o en equipo/red (%).....	38
Figura 20.	Porcentaje de Técnicos/as Municipales de Prevención de Adicciones (%)	39
Figura 21.	Tipología de municipios (%)	39
Figura 22.	Número de habitantes del municipio	40
Figura 23.	Porcentaje de municipios con Plan Local/Municipal de Prevención de Adicciones (%)	41
Figura 24.	Dependencia orgánica por concejalía (%).....	41
Figura 25.	Tareas desarrolladas en el área de Políticas Públicas (%) (n = 360).....	43
Figura 26.	Tareas desarrolladas en el área de investigación (%) (n = 428).....	45
Figura 27.	Tareas de Asesoría Técnica (%) (n = 400).....	46
Figura 28.	Vías a través de las que se provee la formación y/o docencia (%) (n = 450)	47
Figura 29.	Tareas desarrolladas en el área de planificación, gestión y/o coordinación (%) (n = 507)	49
Figura 30.	Tareas desarrolladas en el área de diseño/adaptación de programas y/o materiales preventivos (%) (n = 481)	50
Figura 31.	Tareas desarrolladas en el área de implementación de acciones de prevención (%) (n = 561)	52
Figura 32.	Tareas desarrolladas en el área de implementación de programas preventivos (%) (n = 498).....	52

Figura 33. Tareas desarrolladas en el área de detección e intervención en prevención de adicciones (%) (n = 503)...	54
Figura 34. Tareas desarrolladas en el área de intervenciones psicosociales y educativas (%) (n = 461).....	55
Figura 35. Problemáticas en las que desarrolla su trabajo en prevención en adicciones (%)	57
Figura 36. Poblaciones destinatarias de las intervenciones preventivas en adicciones (%)	60
Figura 37. Ámbitos en los que se enmarcan las intervenciones preventivas en adicciones (%)	62
Figura 38. Niveles de prevención en los que se desarrollan las intervenciones (%).....	63
Figura 39. Conocimiento/utilización de portales de evidencia científica en prevención de adicciones (%)	65
Figura 40. Conocimiento/utilización de portales de buenas prácticas en prevención de adicciones (%).....	65
Figura 41. Conocimiento/utilización de estándares o criterios de calidad en prevención de adicciones (%).....	66
Figura 42. Acciones preventivas financiadas por la administración pública (%)	68
Figura 43. Medida en que recibe financiación para realizar la labor de prevención de adicciones (%)	69
Figura 44. Tipo de seguimiento por parte de la entidad/administración financiadora (%)	71
Figura 45. Acciones preventivas enmarcadas en un Plan Autonómico/Municipal de prevención de adicciones (%)..	72
Figura 46. Objetivos del Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024 del PNSD en prevención y reducción del riesgo al que se vinculan las acciones preventivas desarrolladas (%).....	73
Figura 47. Necesidad de formación y/o asesoramiento (%).....	75
Figura 48. Percepción respecto a diversos aspectos de la prevención de adicciones (%).....	77

Presentación

En un contexto donde las conductas adictivas, ya sean relacionadas con sustancias o con comportamientos, continúan siendo un problema significativo de salud pública, es fundamental abordar los desafíos que enfrentan quienes trabajan en su prevención y entender las necesidades específicas de estos profesionales. Por este motivo, el presente **“Estudio descriptivo sobre la situación demográfica y perfiles formativos de los y las profesionales de prevención de adicciones. Opciones de futuro”** se centra en una cuestión de vital importancia para los retos que afrontamos como sociedad en relación con la prevención de adicciones.

La prevención de adicciones es una disciplina que exige un conocimiento profundo y actualizado de las dinámicas sociales, psicológicas y biológicas que subyacen en las conductas adictivas. Asimismo, es una disciplina científica que debe regirse por la evidencia científica y tener la capacidad de generar transferencia al ámbito aplicado, asegurando el desarrollo de las intervenciones desde estándares de calidad y buenas prácticas. Por ello, los profesionales que trabajan en este campo deben estar equipados no sólo con habilidades técnicas y teóricas que les doten de las competencias necesarias, sino también de un conjunto de elementos que son clave para que puedan afrontar con garantías de éxito su labor.

Este estudio busca identificar y analizar las necesidades formativas, logísticas y de apoyo que precisan los y las profesionales de la prevención de adicciones en España. Asimismo, pretende ofrecer una visión crítica de los desafíos más acuciantes en este ámbito, tales como la transferencia de la evidencia científica a la praxis profesional, la profesionalización y mejora de las condiciones laborales, y el inminente relevo generacional al que nos enfrentamos. A través de una combinación de metodologías cualitativas y cuantitativas, este estudio aspira a sentar las bases para el análisis, la reflexión y el diseño de las futuras políticas públicas en materia de prevención de adicciones, tanto a nivel estatal, como autonómico, provincial y municipal. A partir de los hallazgos que presenta, ofrece interpretaciones y proporciona recomendaciones que pueden fortalecer la capacidad de respuesta de las administraciones públicas y de los profesionales para, conjuntamente, mejorar el ejercicio de la profesión y los resultados derivados de las intervenciones llevadas a cabo en materia de prevención de adicciones.

En conclusión, esperamos que este estudio contribuya a una comprensión más profunda de las complejidades de la prevención de adicciones en nuestro país y a la creación de entornos de trabajo más eficaces y sostenibles para los y las profesionales que se dedican a esta noble y crucial tarea. La coordinación y apoyo institucional, la colaboración interdisciplinaria y el compromiso continuo con la investigación y la formación son esenciales para enfrentar con éxito los retos presentes y futuros en la prevención de adicciones.

Joan Ramón Villalbí Hereter

Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Luis Martínez-Sicluna Sepúlveda

Secretario General de la FEMP

JUSTIFICACIÓN

1

La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (ENA) contempla la prevención como una de las áreas prioritarias de actuación con diversos objetivos estratégicos a conseguir para reducir el impacto del uso y abuso de sustancias y de las adicciones sin sustancia. Asimismo, considera la formación de profesionales como una herramienta indispensable para mejorar la calidad y diseminar las mejores prácticas.

En el marco de la ENA se está implementando el Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024 del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), que concreta una serie de acciones en relación con los objetivos antes mencionados. Entre esas acciones figura la realización de un estudio o informe sobre la situación demográfica y perfiles formativos de los profesionales de las adicciones, valorando las opciones de futuro.

Una gran parte de estos profesionales de prevención son personal de las corporaciones locales, que desarrollan su labor preventiva en los denominados Planes Locales de Adicciones en diferentes departamentos de ayuntamientos y diputaciones. Sus funciones tienen que ver con el diseño, elaboración, implementación y evaluación de planes y programas preventivos en diferentes ámbitos: escolar, familiar, comunitario, de ocio, etc.

La puesta en marcha de planes nacionales, autonómicos y locales sobre adicciones presenta ya una larga trayectoria en España desde mediada la década de los 80 del siglo pasado. Han transcurrido casi 40 años y tenemos toda una generación de profesionales que se han jubilado recientemente o están próximos a hacerlo. Es por ello que se hace necesario realizar un estudio de la prevención de las adicciones que permita: a) conocer de forma fehaciente la situación real actual de profesionales y equipos de la prevención; b) obtener información sobre sus perfiles formativos y su adecuación a las funciones a desempeñar para realizar una efectiva prevención de las adicciones; y, c) disponer de una aproximación a las previsiones futuras de necesidades que permitan una adecuada planificación de los servicios y programas.

En base a lo anterior, se ha desarrollado el “Estudio descriptivo sobre la situación demográfica y perfiles formativos de los y las profesionales de prevención de adicciones. Opciones de futuro”. El presente estudio ha sido financiado por la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) en el marco de la colaboración con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad). El estudio ha sido realizado por la Universidad Internacional de Valencia (VIU), con la colaboración de un grupo de profesionales de reconocido prestigio en la prevención de adicciones en España.

OBJETIVOS

2

El objetivo principal del presente estudio fue conocer y describir aspectos relativos a la situación de los y las profesionales de la prevención de adicciones en España en la actualidad, para identificar necesidades futuras para la mejora y sostenibilidad de las acciones preventivas.

Los objetivos específicos fueron:

- Establecer un censo preliminar y mapeo geográfico de los y las profesionales de prevención de adicciones.
- Determinar los perfiles formativos de los y las profesionales de prevención de adicciones.
- Determinar la ubicación orgánica y situación contractual de los y las profesionales en prevención de adicciones.
- Delimitar cómo es la organización de equipos, tareas y funciones en el área de la prevención de adicciones.
- Categorizar las acciones preventivas que se desarrollan en el área de la prevención de adicciones.
- Determinar necesidades y posibles mejoras que favorezcan la implementación de buenas prácticas y su sostenibilidad en el área de la prevención de adicciones.

MÉTODO

3

3.1 | Diseño del estudio

En el presente estudio se empleó un diseño observacional (correlacional, de corte transversal) utilizando una técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia, mediante la aplicación de una batería de instrumentos de manera online para evaluar las variables de estudio.

3.2 | Variables de estudio

En la tabla 1 se indica la relación de variables que han sido consideradas en el presente estudio, estructuradas por bloques temáticos que permiten la organización de la información. Se resaltan en otro color las que hacen referencia a técnicos/as municipales de prevención, dado el papel relevante que tienen en la configuración y estructura de la prevención en España.

Tabla 1. *Variables de estudio*

Sociodemográficas (n = 623)
Sexo
Edad
Comunidad Autónoma
Provincia
Profesionales de la prevención en adicciones (n = 623)
Profesionales de la prevención en adicciones vs Profesionales que realizan acciones de prevención sin ser tu principal área laboral

MÉTODO

Perfil formativo (n = 623)

Disciplina profesional
Formación principal en adicciones
Modalidad principal de formación específica en prevención de adicciones
Horas de formación específica en prevención de adicciones
Formación específica que conoce o ha realizado
Nivel de formación en prevención de adicciones
Nivel de formación en aspectos complementarios
Frecuencia de reciclaje formativo

Perfil contractual y organizativo (n = 623)

Entidad contratante en el último año
Tipo de contrato actual
Modalidad de contrato actual
Horas de la jornada laboral dedicadas específicamente a prevención de adicciones
Trabajo individual vs en equipo vs en red

Técnico/a Municipal de Prevención (n = 205)

Número de profesionales en el Servicio Municipal de Prevención de Adicciones
Tipología de municipio y número de habitantes
Existencia de Plan Local/Municipal de prevención de adicciones
Dependencia orgánica

Perfil de tareas y funciones (n = 623)

Tareas desarrolladas en el área de políticas públicas
Tareas desarrolladas en el área de investigación
Tareas desarrolladas en el área de asesoría técnica
Tareas desarrolladas en el área de formación y/o docencia
Tareas desarrolladas en el área de planificación, gestión y/o coordinación
Tareas desarrolladas en el área de diseño/adaptación de programas y/o materiales preventivos
Tareas desarrolladas en el área de implementación de acciones de prevención
Tareas desarrolladas en el área de implementación de programas de prevención
Tareas desarrolladas en el área de detección e intervención en prevención
Tareas desarrolladas en el área de intervenciones psicosociales y educativas

MÉTODO

Ámbitos, Poblaciones y Niveles de la Intervención Preventiva (n = 623)

Problemáticas abordadas

Poblaciones destinatarias

Ámbitos de actuación

Niveles de prevención

Evidencia Científica, Buenas Prácticas y Criterios de Calidad incorporados a la Intervención Preventiva (n = 623)

Conocimiento/Uso de Portales de Evidencia Científica en prevención de adicciones

Conocimiento/Uso de Portales de Buenas Prácticas en prevención de adicciones

Conocimiento/Uso de Estándares o Criterios de Calidad en prevención de adicciones

Marco de actuación de las acciones preventivas (n = 623)

Entidad financiadora

Tipo de seguimiento por parte de la entidad financiadora

Integración de las acciones preventivas en el Plan Autonómico o Municipal de prevención de adicciones

Alineamiento de las acciones preventivas con los objetivos del Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024u del PNSD

Determinación de Necesidades, Mejoras y Propuestas (n = 623)

Necesidades de formación y/o asesoramiento

Percepción respecto a diversos aspectos de la Prevención de Adicciones

Propuestas de mejora en relación a la Prevención de Adicciones

Propuestas para la sostenibilidad de las intervenciones en Prevención de Adicciones

Propuestas de mejora respecto a la profesión en Prevención de Adicciones

Fuente: Elaboración propia.

3.3

Procedimiento

El proceso de reclutamiento de la muestra fue, inicialmente, a través de una carta remitida a las distintas Administraciones Públicas a nivel nacional, autonómico y provincial responsables de las acciones de prevención de adicciones en España. En esta carta se informaba del estudio, sus objetivos y un link de acceso a la inscripción en el censo de profesionales de la prevención de adicciones en España. Asimismo, se instaba a difundir la información sobre el estudio y motivar a la inscripción en el censo a los y las profesionales de la prevención de adicciones de los distintos recursos y entidades que trabajan en esta área en las respectivas Corporaciones Locales (CCLL) y Comunidades Autónomas (CCAA). Esta misma carta se remitió con posterioridad a las entidades del Tercer Sector que trabajan desarrollando su labor en el ámbito de la prevención de adicciones, solicitando igualmente su difusión. Por último, fue remitida a colectivos de profesionales de prevención de adicciones. Todas estas acciones se vieron

MÉTODO

complementadas mediante una estrategia de difusión de bola de nieve entre los y las profesionales de la prevención de adicciones a nivel nacional. El periodo de inscripción en el Censo de Profesionales de la Prevención de Adicciones en España fue del 19 de junio al 9 de noviembre de 2023.

En la Tabla 2, se presentan las inscripciones en el Censo de Profesionales de la Prevención de Adicciones en España, distribuidas por CCAA y provincias. El número total de profesionales inscritos asciende a 1.093. Sin embargo, es importante señalar que este censo no puede considerarse representativo de la población total de profesionales de la prevención de adicciones en España. A este respecto, se observa que todas las CCAA tienen profesionales inscritos en el censo; sin embargo, alguna provincia (Cuenca) y ciudad autónoma (Ceuta) no tienen profesionales inscritos. También se observa que algunas provincias tienen un número considerablemente superior de profesionales inscritos a otras provincias con un tamaño poblacional superior, lo que sugiere que la inscripción al censo no fue exhaustiva, quedando una parte de los y las profesionales de la prevención de adicciones sin inscribir. Los motivos pueden ser diversos, desde la propia decisión de los y las profesionales de no inscribirse a cuestiones relacionadas con la propia organización a nivel de las administraciones públicas autonómicas y provinciales para hacer llegar la información del estudio y el Censo, y motivar a sus profesionales a inscribirse en este.

Por tanto, este primer Censo (Tabla 2) constituye un intento aproximado que, desde su novedad, sienta las bases para un desarrollo posterior que vaya integrando al conjunto total de profesionales actuales y de nueva incorporación en el futuro.

Por su parte, el proceso de recogida de datos de este estudio se estableció remitiendo por correo el enlace de acceso a la encuesta a los y las profesionales inscritos en el mencionado censo. El periodo de recogida de datos fue del 9 de octubre al 11 de noviembre de 2023.

Para la recolección de datos, tanto en relación al Censo como al Estudio, se utilizó el sistema electrónico *SurveyMonkey*, ya que posee la Certificación del Escudo de Privacidad UE-EEUU. En la primera pantalla aparecía la hoja de información al participante y, seguido, el consentimiento informado. La configuración estaba programada para que, sólo en el caso de responder afirmativamente al consentimiento informado, se procediera a dar acceso a la encuesta.

La recogida de datos se realizó según estándares éticos, cumpliendo con la ley de protección de datos vigente (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Internacional de Valencia (CEID2023_17).

MÉTODO

Tabla 2. Inscripciones en el Censo de Profesionales de la prevención de adicciones en España, por Comunidad/Ciudad Autónoma y Provincia

Comunidad/Ciudad Autónoma	n	Provincia	n
Andalucía	175	Almería	7
		Cádiz	10
		Córdoba	15
		Granada	23
		Huelva	33
		Jaén	13
		Málaga	37
		Sevilla	37
Aragón	18	Huesca	4
		Teruel	7
		Zaragoza	7
Canarias	19	Palmas, las	11
		Santa Cruz de Tenerife	8
Cantabria	12	Cantabria	12
Castilla-La Mancha	15	Albacete	8
		Ciudad Real	4
		Cuenca	0
		Guadalajara	1
		Toledo	2
Castilla y León	85	Ávila	6
		Burgos	9
		León	15
		Palencia	2
		Salamanca	26
		Segovia	4
		Soria	1
		Valladolid	21
Zamora	1		
Cataluña	211	Barcelona	173
		Girona	14
		Lleida	7
		Tarragona	17

MÉTODO

Comunidad/Ciudad Autónoma	n	Provincia	n
Comunidad de Madrid	64	Madrid	64
Comunidad Foral de Navarra	47	Navarra	47
Comunitat Valenciana	127	Alicante/Alacant	35
		Castellón/Castelló	11
		Valencia/València	81
Extremadura	9	Badajoz	6
		Cáceres	3
Galicia	105	Coruña, A	51
		Lugo	8
		Ourense	6
		Pontevedra	40
Illes Balears	24	Balears, Illes	24
La Rioja	15	Rioja, La	15
País Vasco o Euskadi	46	Araba/Álava	9
		Gipuzkoa	20
		Bizkaia	17
Principado de Asturias	38	Asturias	38
Región de Murcia	56	Murcia	56
Ceuta	0	Ceuta	0
Melilla	2	Melilla	2

Fuente: Elaboración propia.

3.4

Análisis estadísticos

Se realizaron análisis descriptivos, utilizando estadísticos de tendencia central (media) y de dispersión (desviación típica) para las variables cuantitativas, así como porcentajes para las categóricas. La totalidad de los análisis de datos se realizó a través del paquete estadístico SPSS en su 27ª versión.

RESULTADOS

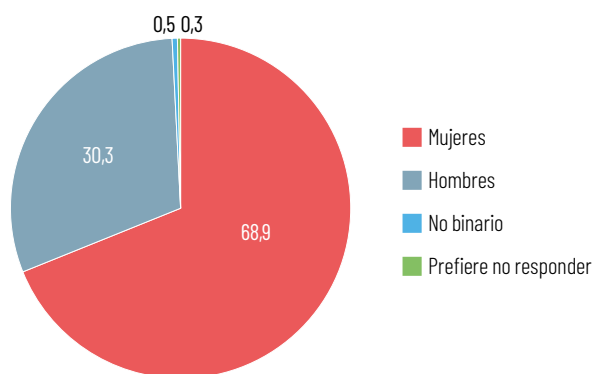
4

4.1 Perfil sociodemográfico

En el censo Nacional de Profesionales de la Prevención en España se inscribieron 1.093 profesionales; de los cuáles el 57,0% (n = 623) constituyen la muestra definitiva del presente estudio. La pérdida muestral del 43,0% restante se debe a distintos motivos. A un 13,6% (n = 149) se le remitió la encuesta, pero no accedió a la misma para contestarla. Un 3,6% (n = 39) después de acceder a la encuesta no respondió a los ítems correspondientes. El 3,2% (n = 35) no se consideraban profesionales de la prevención en adicciones (con o sin sustancia), por lo que fueron excluidos de continuar con la encuesta. El 22,6% (n = 247) accedieron a la encuesta y contestaron partes de esta, pero tras un proceso de cribado se eliminaron por respuestas incoherentes o no completar la encuesta en su totalidad.

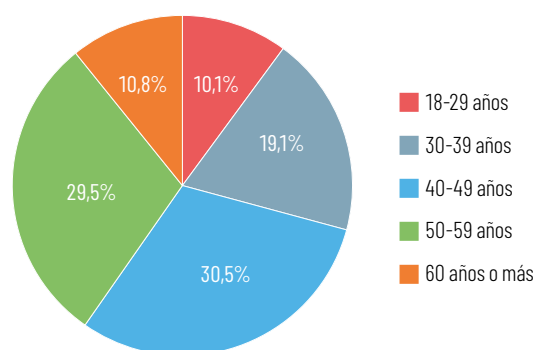
De la muestra final de 623 participantes, el 68,9% (n = 429) eran mujeres; el 30,3% (n = 189) hombres; el 0,5 (n = 3) no binario; y el 0,3% (n = 2) prefirieron no responder a esta pregunta (Figura 1). La edad media se situaba en 45,62 años (DT = 10,94). Por tramos de edad, el 10,1% (n = 63) tienen entre 18-29 años; el 19,1% (n = 119) entre 30-39 años; el 30,5% (n = 190) entre 40-49 años; el 29,5% (n = 184) entre 50-59 años; y el 10,8% (n = 67) restante tienen 60 años o más (Figura 2).

Figura 1. Distribución por sexo (%)



Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. Distribución por rangos de edad (%)



Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

En base a estos datos, se concluye:

1. El sector de la prevención de adicciones está eminentemente feminizado, siendo mujeres 2 de cada 3 profesionales.
2. Uno de cada 10 profesionales tiene entre 18-29 años, lo que indica una experiencia limitada en términos de años trabajando en prevención.
3. Cinco de cada 10 profesionales tienen entre 30-49 años, lo que sugiere que se dispone de un grupo de profesionales que, sin considerar su nivel de experiencia en el ámbito de la prevención, puede desarrollar una trayectoria profesional en este ámbito durante las próximas dos décadas.
4. Cuatro de cada 10 profesionales tienen 50 años o más, lo que indica que a lo largo de la próxima década (o década y media) estarán en disposición de jubilarse, suponiendo esto una pérdida de capital humano altamente experimentado en el ámbito.

La distribución geográfica por comunidad autónoma y por provincia, se presenta en la Tabla 3 y en las Figuras 3-4. En la Tabla 3 se muestra el porcentaje respecto a la muestra final del estudio (n = 623) y, entre paréntesis, el número de profesionales que conforman la muestra del estudio respecto del número de profesionales inscritos en el Censo.

Tabla 3. *Distribución geográfica de la muestra del estudio por Comunidad/Ciudad Autónoma y Provincia*

Comunidad/Ciudad Autónoma	% (n/n censo)	Provincia	% (n/n censo)
Andalucía	16,9 (105/175)	Almería	0,6 (4/7)
		Cádiz	0,8 (5/10)
		Córdoba	1,4 (9/15)
		Granada	1,9 (12/23)
		Huelva	3,7 (23/33)
		Jaén	1,6 (10/13)
		Málaga	4,0 (25/37)
		Sevilla	2,7 (17/37)
Aragón	2,6 (16/18)	Huesca	0,5 (3/4)
		Teruel	1,0 (6/7)
		Zaragoza	1,1 (7/7)
Canarias	3,0 (19/35)	Palmas, las	1,8 (11/23)
		Santa Cruz de Tenerife	1,3 (8/12)
Cantabria	1,9 (12/21)	Cantabria	1,9 (12/21)

RESULTADOS

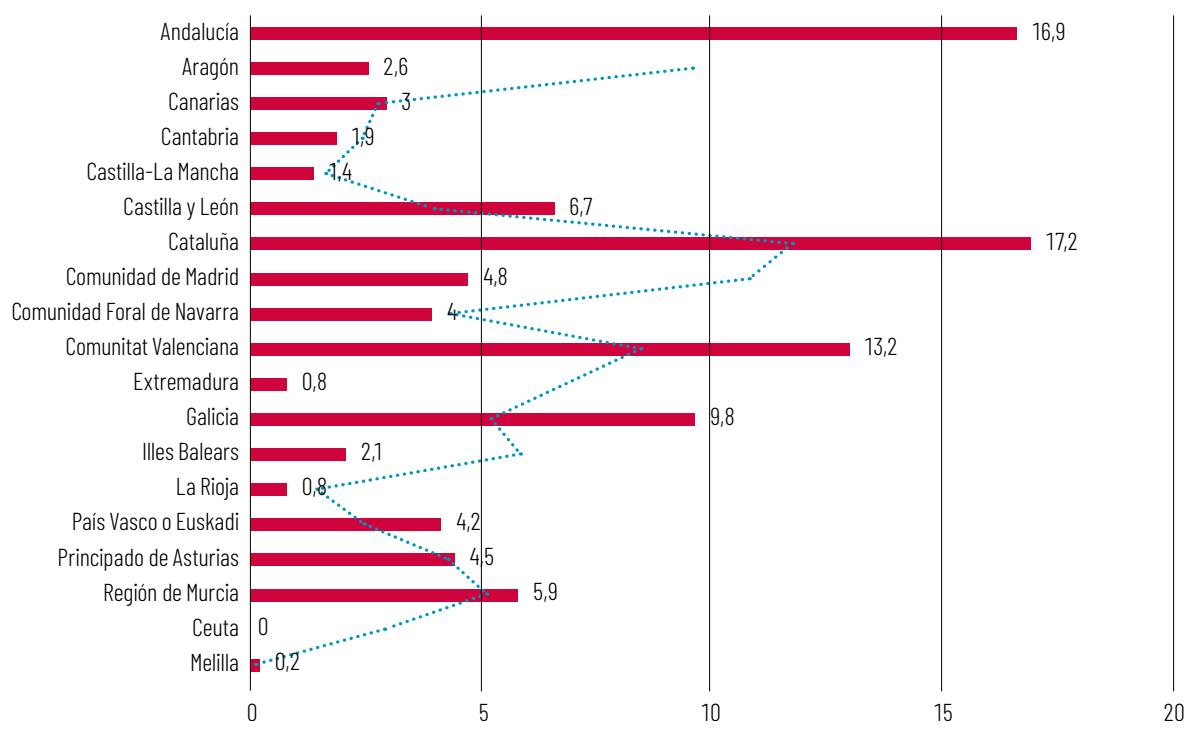
Comunidad/Ciudad Autónoma	% (n/n censo)	Provincia	% (n/n censo)
Castilla-La Mancha	1,4 (9/15)	Albacete	0,6 (4/8)
		Ciudad Real	0,5 (3/4)
		Cuenca	0 (0/0)
		Guadalajara	0,2 (1/1)
		Toledo	0,2 (1/2)
Castilla y León	6,7 (42/85)	Ávila	0,5 (3/6)
		Burgos	0,6 (4/9)
		León	0,5 (3/15)
		Palencia	0 (0/2)
		Salamanca	2,2 (14/26)
		Segovia	0,6 (4/4)
		Soria	0,2 (1/1)
		Valladolid	2,1 (13/21)
		Zamora	0 (0/1)
Cataluña	17,2 (107/211)	Barcelona	14,3 (89/173)
		Girona	1,3 (8/14)
		Lleida	1,0 (6/7)
		Tarragona	0,6 (4/17)
Comunidad de Madrid	4,8 (30/64)	Madrid	4,8 (30/64)
Comunidad Foral de Navarra	4,0 (25/47)	Navarra	4,0 (25/47)
Comunitat Valenciana	13,2 (82/127)	Alicante/Alacant	4,2 (26/35)
		Castellón/Castelló	0,5 (3/11)
		Valencia/València	8,5 (53/81)
Extremadura	0,8 (5/9)	Badajoz	0,3 (2/6)
		Cáceres	0,5 (3/3)
Galicia	9,8 (61/105)	Coruña, A	4,5 (28/51)
		Lugo	1,1 (7/8)
		Ourense	0,5 (3/6)
		Pontevedra	3,7 (23/40)
Illes Balears	2,1 (13/24)	Balears, Illes	2,1 (13/24)
La Rioja	0,8 (5/15)	Rioja, La	0,8 (5/15)
País Vasco o Euskadi	4,2 (26/46)	Araba/Álava	1,0 (6/9)
		Gipuzkoa	1,9 (12/20)
		Bizkaia	1,3 (8/17)

RESULTADOS

Comunidad/Ciudad Autónoma	% (n/n censo)	Provincia	% (n/n censo)
Principado de Asturias	4,5 (28/38)	Asturias	4,5 (28/38)
Región de Murcia	5,9 (37/56)	Murcia	5,9 (37/56)
Ceuta	0 (0/0)	Ceuta	0 (0/0)
Melilla	0,2 (1/2)	Melilla	0,2 (1/2)

Fuente: Elaboración propia.

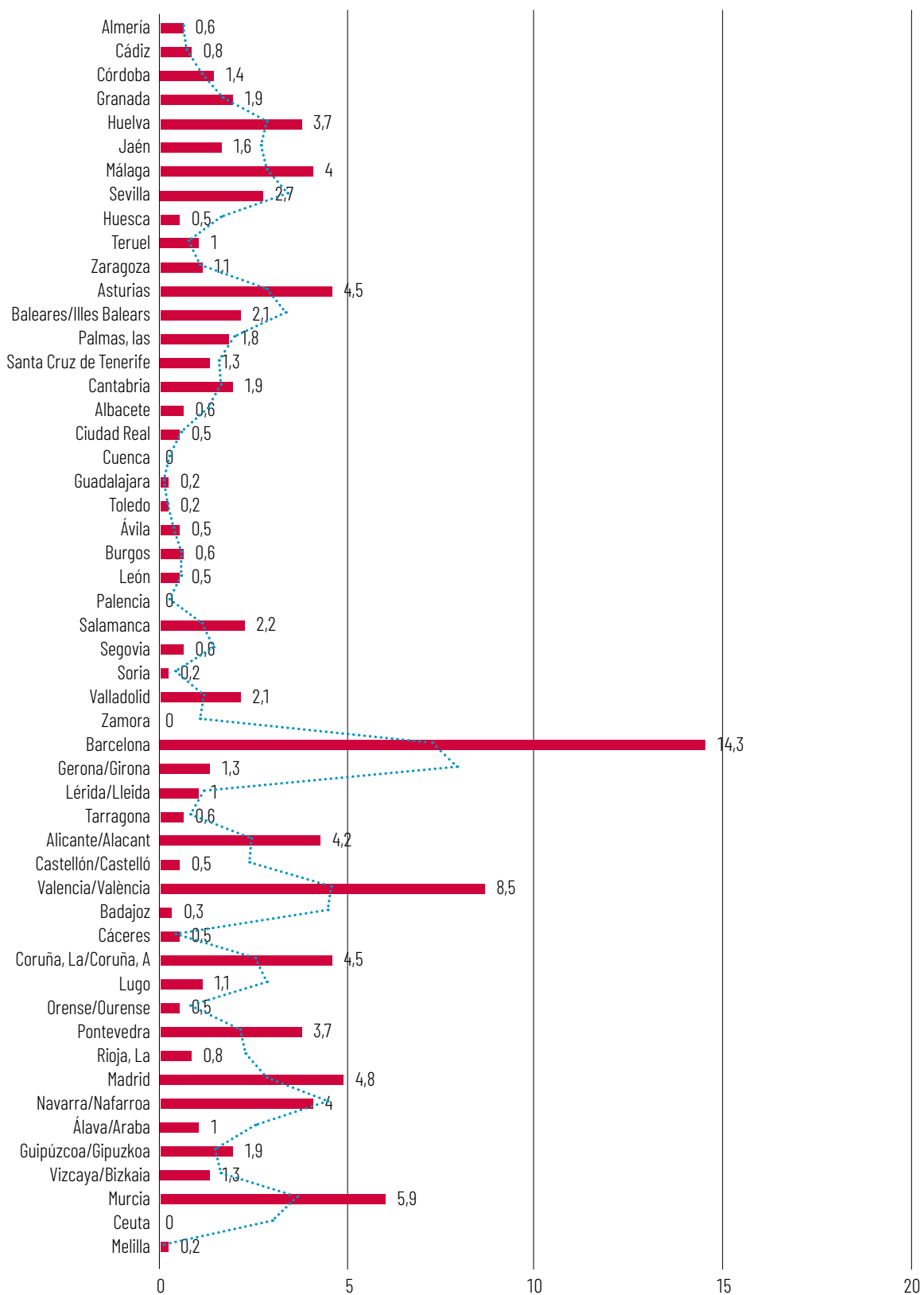
Figura 3. Distribución geográfica por comunidad/ciudad autónoma de la muestra del estudio (%)



Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Figura 4. Distribución geográfica por provincias de la muestra del estudio (%)



Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Profesionales de la prevención en adicciones

El 70,6% (n = 440) se consideraban profesionales de la prevención en adicciones; mientras que el 29,4% (n = 183) informaban que realizaban acciones de prevención de adicciones, pero no era esta su principal área de trabajo (Figura 5).

Figura 5. Profesionales de prevención en adicciones como principal área laboral (%)



Fuente: Elaboración propia.

El hecho de que 1 de cada 3 profesionales inscritos en el Censo de Profesionales de la Prevención informen que la prevención de adicciones no es su principal área laboral, sino que en ocasiones realizan acciones de prevención de adicciones, muestra una realidad que debe ser considerada en términos de profesionalización de la prevención de adicciones. Es complicado imaginar una prevención de calidad, basada en evidencia científica y buenas prácticas, si esta es desarrollada como una acción secundaria y no como área laboral principal. Además, este hecho debe repercutir negativamente en la sostenibilidad de las intervenciones preventivas.

Resultaría de interés determinar el perfil profesional de quienes realizan acciones de prevención de adicciones como área laboral principal, para fomentar su visibilización, reconocimiento y desarrollo profesional; frente a quienes realizan acciones preventivas en adicciones de manera secundaria, pasando a considerarlos profesionales de apoyo. A este respecto, la profesionalización exigiría la existencia de requisitos de formación curricular que permitieran diferenciar a un profesional de la prevención de adicciones del resto de profesionales de prevención.

4.2

Perfil formativo

Las principales disciplinas profesionales de las que provienen los y las profesionales de la prevención de adicciones del presente estudio (Tabla 4, Figura 6) son: Psicología (39,8%), Educación Social (16,2%), Trabajo Social (13,3%). Disciplinas de orientación más biomédica, como Enfermería (9,1%) o Medicina (3,5%) aparecen igualmente representadas, aunque en menor medida. En el apartado "Otro" aparecen

RESULTADOS

disciplinas a veces no reguladas, como Monitor/Terapeuta o disciplinas con porcentajes muy bajos como Biología o sin estudios universitarios como FP.

Tabla 4. Disciplina profesional

	% (n)		% (n)
Animación Sociocultural	1,3 (8)	Magisterio (Secundaria)	0,6 (4)
Antropología	0,8 (5)	Medicina	3,5 (22)
Criminología	0,2 (1)	Pedagogía	2,7 (17)
Educación Social	16,2 (101)	Psicología	39,8 (248)
Enfermería	9,1 (57)	Psicopedagogía	2,6 (16)
Epidemiología	0,5 (3)	Química	0,5 (3)
Farmacía	1,9 (12)	Sociología	1,6 (10)
Filosofía	0,2 (1)	Técnico/a en Cuidados Auxiliares de Enfermería	0,5 (3)
Inserción Social	0,3 (2)	Terapia Ocupacional	0,3 (2)
Integración Social	0,3 (2)	Trabajo Social	13,3 (83)
Magisterio (Infantil/Primaria)	1,4 (9)	Otro	2,2 (14)

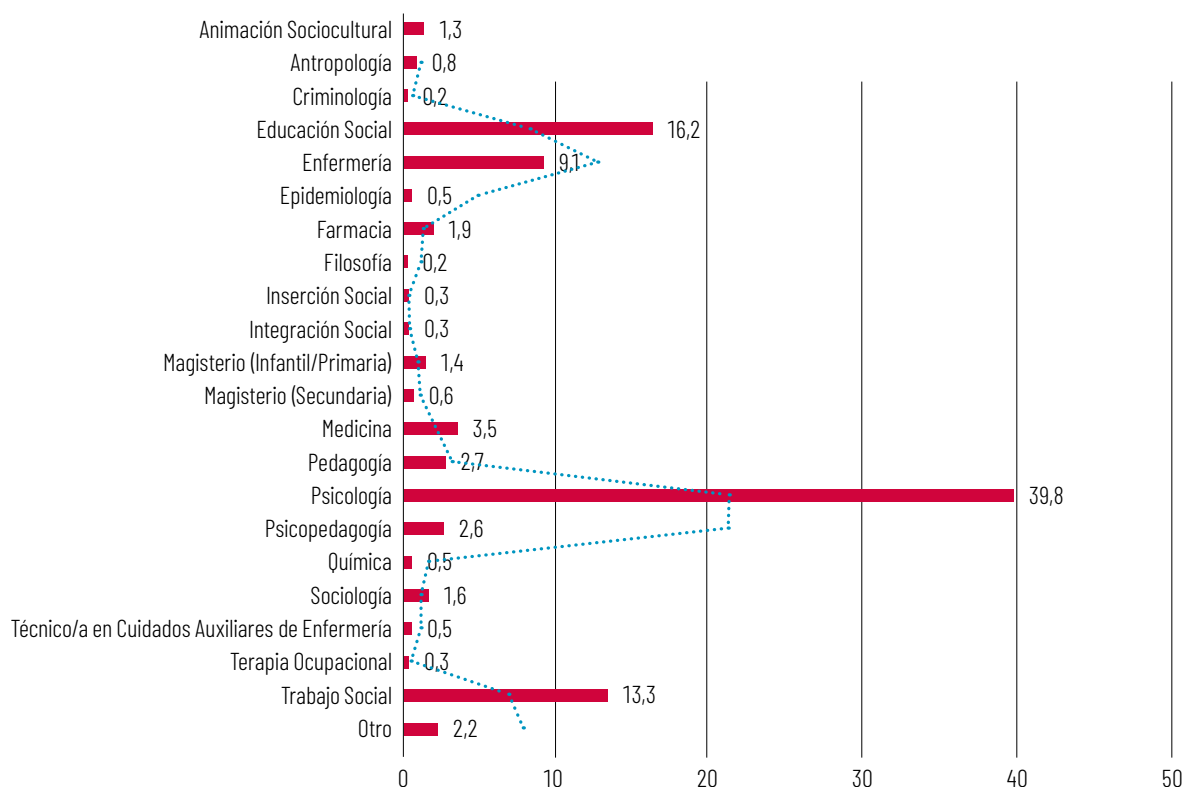
Fuente: Elaboración propia.

Los y las profesionales de la prevención de adicciones provienen mayoritariamente del ámbito psico-social. Este dato sugiere varias líneas de acción para fortalecer la formación de estos profesionales y asegurar el relevo generacional de calidad:

- Fomentar la formación en temas de prevención de adicciones en las titulaciones universitarias Educación Social, Trabajo Social y Psicología, especialmente en esta última, ya que representa a 4 de cada 10 profesionales.
- Establecer convenios con los Colegios Oficiales correspondientes para crear grupos de trabajo específicos orientados a desarrollar formación continua y reciclaje con los afiliados y hacer llegar ofertas laborales en el ámbito de la prevención de adicciones.

RESULTADOS

Figura 6. Disciplina profesional (%)



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al tipo de formación principal en adicciones (Tabla 5, Figura 7), se constata que 8 de cada 10 tienen formación específica en prevención de adicciones. También destaca que 1 de cada 10 tienen poca formación o ninguna en adicciones.

La modalidad principal de formación específica en prevención de adicciones (Tabla 6; Figura 8), son cursos de media (entre 30 y 90 horas) (22,8%) y larga duración (entre 100 y 300 horas) (21,3%), así como Máster en Prevención de Adicciones (22%). Sin embargo, hay un 25,1% cuya formación es inferior a las 30 horas o no ha recibido formación específica en prevención de adicciones. Por su parte, la estimación de horas totales de formación específica en prevención de adicciones (Tabla 7; Figura 9), señala que aproximadamente 4 de cada 10 de los profesionales (42,2%) tienen más de 500 horas de formación; aproximadamente 3 de cada 10 entre 100 y 500 horas de formación (34,3%); y aproximadamente 2 de cada 10 tiene menos de 100 horas de formación (23,4%). Los participantes también reportan haber realizado formación específica en ámbitos complementarios como son Títulos Master en Intervención Social, en Gestión de Servicios Sanitarios, en Terapia Familiar Sistémica, en Mediación o en Psicofarmacología.

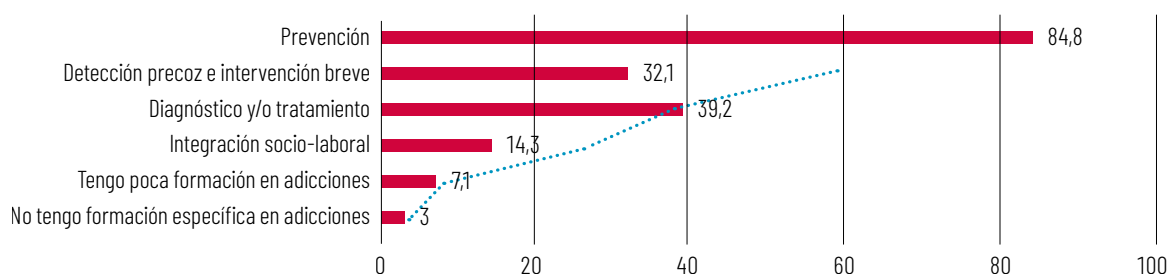
RESULTADOS

Tabla 5. Formación principal en adicciones

	% (n)		% (n)
Prevención	84,8 (528)	Tengo poca formación en adicciones	7,1 (44)
Detección precoz e intervención breve	32,1 (200)	No tengo formación específica en adicciones	3,0 (19)
Diagnóstico y/o tratamiento	39,2 (244)		
Integración socio-laboral	14,3 (89)		

Fuente: Elaboración propia.

Figura 7. Formación principal en adicciones (%)



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6. Modalidad principal de formación específica en prevención de adicciones

	% (n)
Doctorado en prevención de adicciones, o centrado en esta temática	3,2 (20)
Máster en prevención de adicciones, o que se aborda la prevención de manera mayoritaria	22,0 (137)
Postgrado en prevención de adicciones, o que se aborda la prevención de manera mayoritaria	7,5 (47)
Cursos de larga duración (entre 100 y 300 horas)	21,3 (133)
Cursos de media duración (entre 30 y 90 horas)	22,8 (142)
Cursos y jornadas de corta duración (inferiores a 30 horas)	18,3 (114)
No he recibido formación específica en prevención de adicciones, pero sí en otros aspectos	4,8 (30)

Fuente: Elaboración propia.

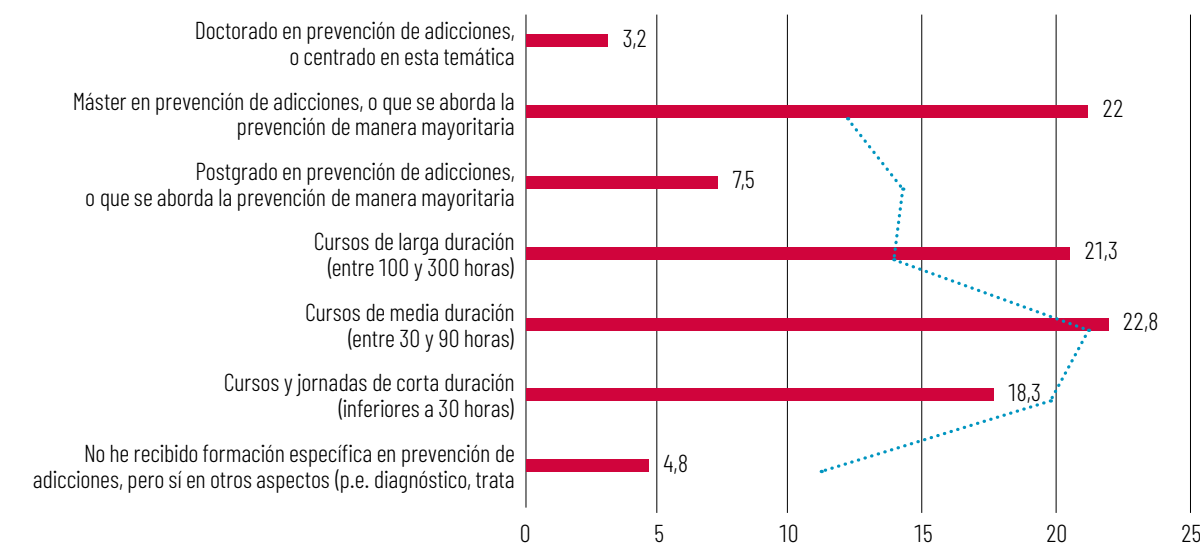
RESULTADOS

Tabla 7. Horas de formación específica en prevención de adicciones

	% (n)		% (n)
Más de 1.500 horas	13,8 (86)	Entre 100 y 300 horas	19,4 (121)
Entre 1.000 y 1.500 horas	11,4 (71)	Entre 30 y 100 horas	12,8 (80)
Entre 500 y 1.000 horas	17,0 (106)	Menos de 30 horas	4,0 (25)
Entre 300 y 500 horas	14,9 (93)	No sabe/No contesta	6,6 (41)

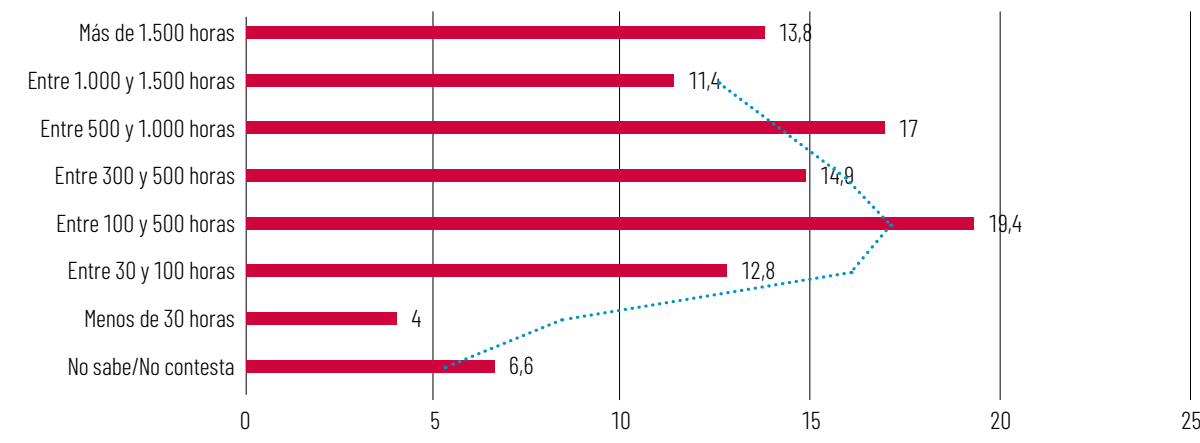
Fuente: Elaboración propia.

Figura 8. Modalidad principal de formación específica en prevención de adicciones (%)



Fuente: Elaboración propia.

Figura 9. Horas de formación específica en prevención de adicciones (%)



Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

La formación específica en prevención en adicciones debería ser un requisito indispensable para ejercer en esta área. La evidencia científica señala la relevancia de los profesionales debidamente formados para asegurar la aplicación rigurosa de las acciones preventivas según estas se han diseñado, así como la atención a criterios de calidad, incrementando la potencial efectividad de las intervenciones. Es evidente que partir de unos conocimientos generales de prevención, o en cualquier otra área de actuación, permite disponer de una base común desde la que encuadrar las acciones. Sin embargo, como en cualquier profesión, la especialización dota de mayor nivel de conocimientos y competencias para un adecuado desempeño.

Según se desprende del presente estudio, 8 de cada 10 profesionales cumplirían el requisito de estar formados específicamente en prevención de adicciones. Sin embargo, hay al menos 1 de cada 10 cuya formación es sobre aspectos relacionados con las adicciones, pero no con la prevención de adicciones específicamente. Lo que destaca, por difícilmente asumible, es que 1 de cada 10 profesionales que ejercen en mayor o menor medida desarrollando acciones de prevención de adicciones, no tengan formación alguna en adicciones, no ya de manera específica en prevención. Cabe plantearse por qué hay profesionales con poca o ninguna formación en adicciones trabajando en esta área, cuáles han sido sus vías de acceso, qué requisitos se han solicitado, etc.

Asimismo, 2 de cada 10 profesionales que informan haber recibido formación específica en prevención en adicciones, lo han hecho a través de cursos de menos de 30 horas; y un 25% del total de profesionales tiene menos de 100 horas de formación.

Estos hechos sugieren 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, en aras de una prevención de calidad y la sostenibilidad de las intervenciones.

Más del 50% de los profesionales encuestados no conoce los principales currículums formativos en prevención existentes a nivel mundial o europeo (Tabla 8; Figura 10). Y un 39,0% no conoce la formación sobre calidad de programas de prevención. Entre quienes los conocen, apenas un 10,4% han llegado a cursar alguna de estas formaciones específicas. La formación más conocida en la relativa a la "Calidad de los programas de prevención de adicciones: planificación, estándares europeos y evaluación", desarrollada por el Portal de Buenas Prácticas (44,5%); siendo esta misma la más cursada (16,5%). Por el contrario, la menos conocida y cursada es el "Currículo de Prevención Europeo (EUPC) para Decisores Políticos"; sin embargo, esto puede justificarse por la subespecialización de estas formaciones, la potencial población destinataria de profesionales a quienes se dirige y el porcentaje muestral que representan en el presente estudio.

RESULTADOS

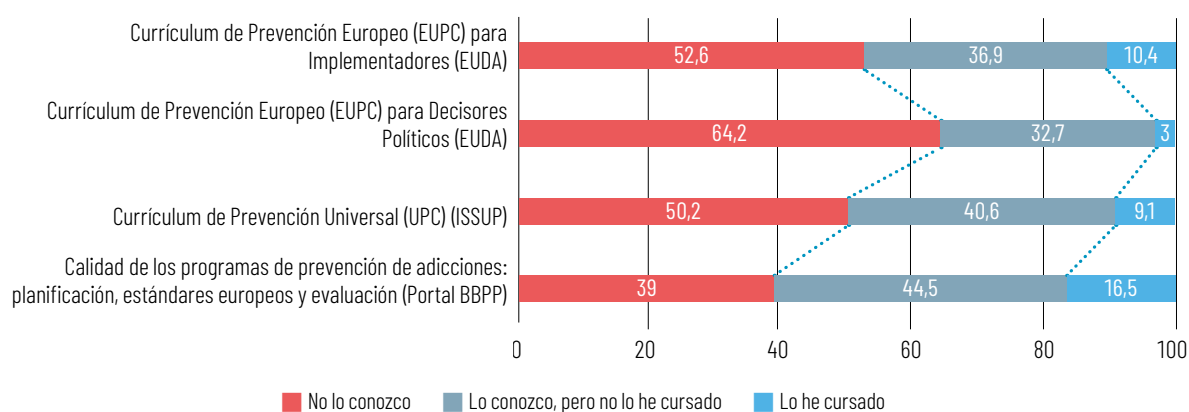
Tabla 8. Formación específica que conoce o ha recibido

	No lo conozco % (n)	Lo conozco, pero no lo he cursado % (n)	Lo he cursado % (n)
Currículum de Prevención Europeo (EUPC) para Implementadores (EUDA)	52,6 (328)	36,9 (230)	10,4 (65)
Currículum de Prevención Europeo (EUPC) para Decisores Políticos (EUDA)	64,2 (400)	32,7 (204)	3,0 (19)
Currículum de Prevención Universal (UPC) (ISSUP)	50,2 (313)	40,6 (253)	9,1 (57)
Calidad de los programas de prevención de adicciones: planificación, estándares europeos y evaluación (Portal BBPP)	39,0 (243)	44,5 (277)	16,5 (103)

Nota: EUDA (European Union Drug Agency); ISSUP (International Society of Substance Use Professionals); BBPP (Buenas Prácticas)

Fuente: Elaboración propia.

Figura 10. Formación específica que conoce o ha recibido (%)



Fuente: Elaboración propia.

Los principales currículos formativos en prevención existentes a nivel mundial y europeo están poco extendidos entre los y las profesionales de la prevención de adicciones en el territorio nacional. Más de la mitad de los profesionales no los conocen y apenas un 10% han llegado a cursar alguna de estas formaciones específicas. En consecuencia, se requiere una mayor difusión de la existencia de estos currículos y una importante ampliación de su oferta formativa.

Asimismo, convendría reflexionar sobre el nivel formativo de estos currículos y las poblaciones destinatarias, considerando su papel como formación básica, pero no equivalente en términos de reconocimiento a otro tipo de formaciones más amplias, específicas y exhaustivas (p.e., Máster Universitarios; Cursos de Postgrado de Especialización, etc.).

En relación al nivel de formación en distintos aspectos relacionados con la prevención de adicciones, es evidente que estos están relacionados con el perfil del puesto profesional y, por tanto, de las tareas y funciones que desempeñan. En consecuencia, la información relativa a la formación de los y las profesionales de la prevención de adicciones (Tabla 9; Figura 11) debe ser considerada atendiendo a esta

RESULTADOS

cuestión. Para facilitar su análisis, se han agrupado los aspectos en dos áreas formativas, una relacionada con el diseño y gestión de políticas públicas, y otra relacionada con la planificación e implementación de las acciones preventivas.

En relación a la formación orientada al diseño y gestión de políticas públicas, los y las profesionales señalan como competencias en las que se han formado o adquirido formación a nivel experto: a) estructuras de recursos en red (33,7%); b) epidemiología en adicciones (28,2%); y, c) técnicas de investigación (27,3%). Por el contrario, ciertas competencias profesionales para los que indican tener poca o ninguna formación destacan: a) Desarrollo de marcos legislativos de las adicciones (64,5%); b) Diseño y/o planificación de políticas públicas (53,4%); c) Mapeo de estructuras locales (47,8%).

En relación con la formación orientada a la planificación e implementación de las acciones preventivas, los y las profesionales señalan como aspectos en los que tienen bastante formación o la han adquirido a nivel experto: a) implementación de programas (61,1%); b) gestión/coordinación de programas y acciones (54,8%); c) planificación de proyectos preventivos (54,0%); d) criterios de calidad y buenas prácticas (44,9%); y, e) evaluación de necesidades y prioridades preventivas (43,2%). Por el contrario, los aspectos para los que indican tener poco o nada de formación destacan: a) evaluación de buenas prácticas y/o criterios de calidad (30,5%); b) monitorización y evaluación de proceso (28,1%); y, c) evaluación de resultados (eficacia/efectividad) (26,9%).

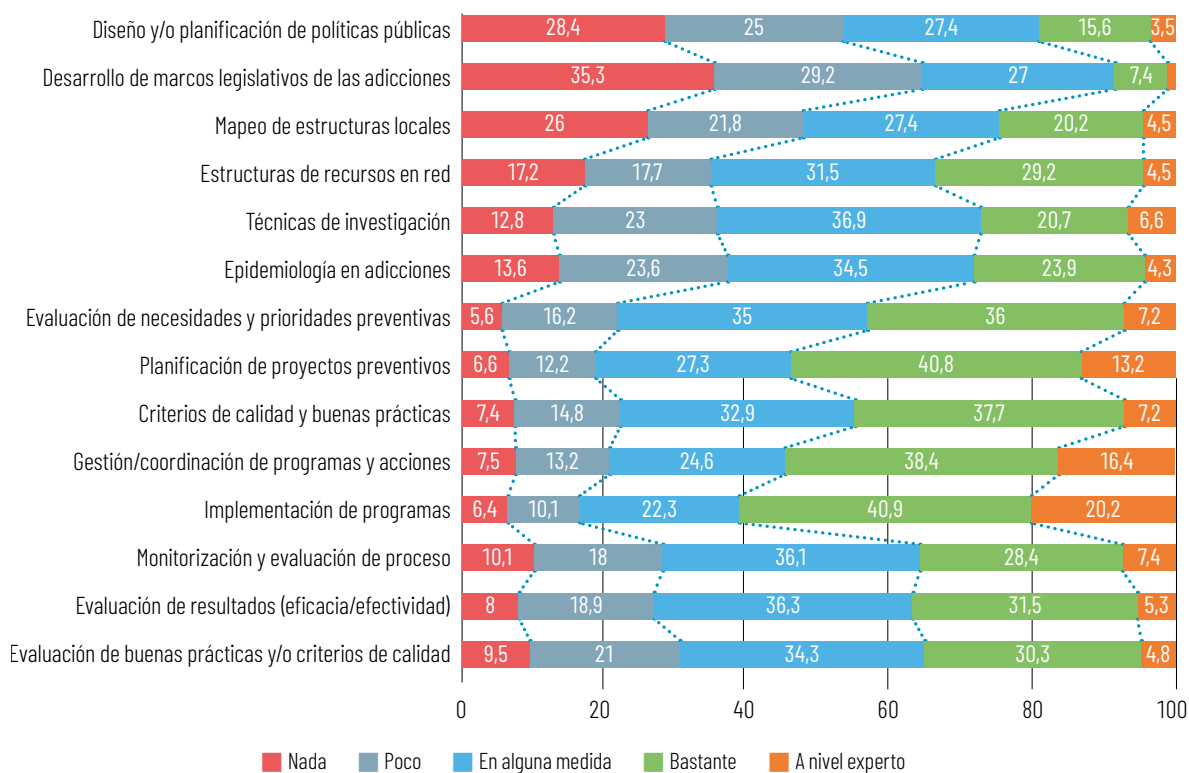
Tabla 9. Nivel de formación en distintos aspectos de prevención de adicciones

	Nada % (n)	Poco % (n)	En alguna medida % (n)	Bastante % (n)	A nivel experto % (n)
Diseño y/o planificación de políticas públicas	28,4 (177)	25,0 (156)	27,4 (171)	15,6 (97)	3,5 (22)
Desarrollo de marcos legislativos de las adicciones	35,3 (220)	29,2 (182)	27,0 (168)	7,4 (46)	1,1 (7)
Mapeo de estructuras locales	26,0 (162)	21,8 (136)	27,4 (171)	20,2 (126)	4,5 (28)
Estructuras de recursos en red	17,2 (107)	17,7 (110)	31,5 (196)	29,2 (182)	4,5 (28)
Técnicas de investigación	12,8 (80)	23,0 (143)	36,9 (230)	20,7 (129)	6,6 (41)
Epidemiología en adicciones	13,6 (85)	23,6 (147)	34,5 (215)	23,9 (149)	4,3 (27)
Evaluación de necesidades y prioridades preventivas	5,6 (35)	16,2 (101)	35,0 (218)	36,0 (224)	7,2 (45)
Planificación de proyectos preventivos	6,6 (41)	12,2 (76)	27,3 (170)	40,8 (254)	13,2 (82)
Criterios de calidad y buenas prácticas	7,4 (46)	14,8 (92)	32,9 (205)	37,7 (235)	7,2 (45)
Gestión/coordinación de programas y acciones	7,5 (47)	13,2 (82)	24,6 (153)	38,4 (239)	16,4 (102)
Implementación de programas	6,4 (40)	10,1 (63)	22,3 (139)	40,9 (255)	20,2 (126)
Monitorización y evaluación de proceso	10,1 (63)	18,0 (112)	36,1 (225)	28,4 (177)	7,4 (46)
Evaluación de resultados (eficacia/efectividad)	8,0 (50)	18,9 (118)	36,3 (226)	31,5 (196)	5,3 (33)
Evaluación de buenas prácticas y/o criterios de calidad	9,5 (59)	21,0 (131)	34,3 (214)	30,3 (189)	4,8 (30)

Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Figura 11. Nivel de formación en distintos aspectos de prevención de adicciones (%)



Fuente: Elaboración propia.

En relación con el nivel de formación en distintos aspectos complementarios a la prevención de adicciones, debe igualmente tenerse en cuenta que estos están relacionados con el perfil del puesto profesional, y por lo tanto de las tareas y funciones que desempeñan. En consecuencia, la información relativa a la formación de los y las profesionales de la prevención de adicciones (Tabla 10; Figura 12) debe igualmente ser considerada atendiendo a esta cuestión. En términos generales, los y las profesionales señalan como competencias complementarias en las que tienen bastante formación o a nivel experto: a) intervención comunitaria (64,5%); b) intervención con familias (58,1%); c) formación de profesionales (p.e., docencia, talleres, seminarios) (52,2%); d) intervención con menores en riesgo (47,9%); y, e) detección precoz e intervención breve (41,3%). Por el contrario, los aspectos para los que indican tener poco o nada de formación destacan: a) intervenciones online (50,7%); b) comunicación con medios de comunicación (42,2%); y, c) manejo de redes sociales (31,1%).

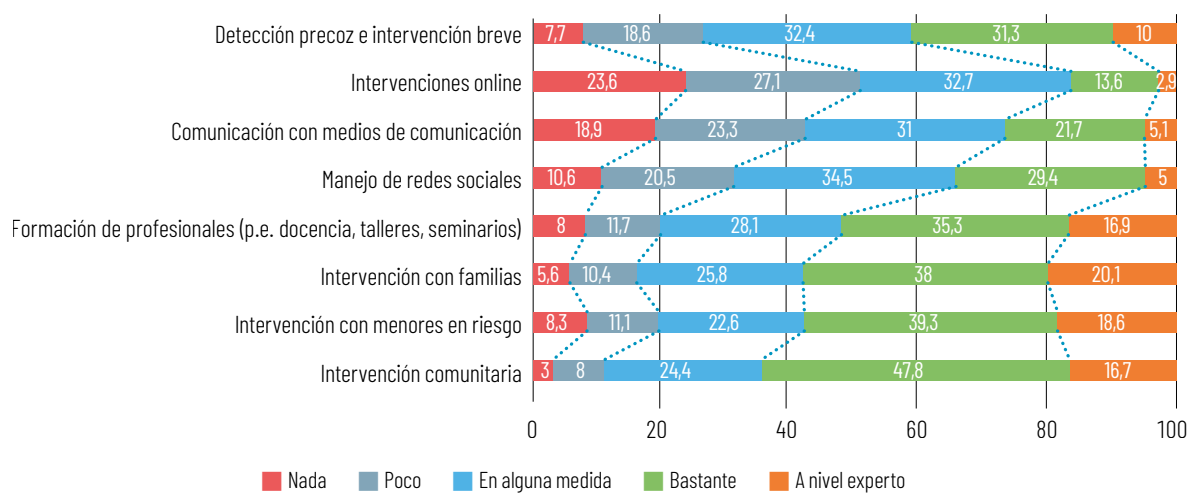
RESULTADOS

Tabla 10. Nivel de formación en distintos aspectos complementarios a la prevención de adicciones

	Nada % (n)	Poco % (n)	En alguna medida % (n)	Bastante % (n)	A nivel experto % (n)
Detección precoz e intervención breve	7,7 (48)	18,6 (116)	32,4 (202)	31,3 (195)	10,0 (62)
Intervenciones online	23,6 (147)	27,1 (169)	32,7 (204)	13,6 (85)	2,9 (18)
Comunicación con medios de comunicación	18,9 (118)	23,3 (145)	31,0 (193)	21,7 (135)	5,1 (32)
Manejo de redes sociales	10,6 (66)	20,5 (128)	34,5 (215)	29,4 (183)	5,0 (31)
Formación de profesionales (p.e., docencia, talleres, seminarios)	8,0 (50)	11,7 (73)	28,1 (175)	35,3 (220)	16,9 (105)
Intervención con familias	5,6 (35)	10,4 (65)	25,8 (161)	38,0 (237)	20,1 (125)
Intervención con menores en riesgo	8,3 (52)	11,1 (69)	22,6 (141)	39,3 (245)	18,6 (116)
Intervención comunitaria	3,0 (19)	8,0 (50)	24,4 (152)	47,8 (298)	16,7 (104)

Fuente: Elaboración propia.

Figura 12. Nivel de formación en distintos aspectos complementarios a la prevención de adicciones (%)



Fuente: Elaboración propia.

La formación en distintas competencias específicas de prevención de adicciones debe ajustarse delimitando la relación de tareas y funciones que se van a desempeñar en un puesto en concreto. Si bien es recomendable ofertar una formación genérica y transversal en prevención de adicciones, se sugiere establecer itinerarios formativos acorde al puesto profesional que se ocupa, o se pretende ocupar. Estableciendo un currículo formativo mínimo que ha de realizarse, con una evaluación adecuada de la adquisición de las competencias necesarias. A este respecto, la formación complementaria debería ser fomentada en aquellos puestos laborales en los que sea preciso.

En consecuencia, en el proceso de profesionalización de la prevención de adicciones sería adecuado requerir tanto una formación transversal como la específica vinculada al puesto de trabajo al que se opta. Esto precisa perfilar adecuadamente los principales puestos laborales que

RESULTADOS

pueden desempeñarse en el área de prevención de adicciones, y establecer qué conocimiento y competencias se requieren para su desempeño con calidad.

A este respecto, se puede recomendar considerar la certificación como profesional de la prevención de adicciones que habilite para trabajar en esta área, derivado del cumplimiento de unos requisitos formativos mínimos.

Para analizar el reciclaje a nivel de conocimientos de los y las profesionales de la prevención de adicciones se consideraron dos niveles. Por una parte, atendiendo a si se realizaba a través de artículos, libros, blogs (Tabla 11; Figura 13); y, por otra, a través de cursos, jornadas, seminarios y talleres (Tabla 12; Figura 14). En relación con la frecuencia del reciclaje a través de lecturas se sitúa aproximadamente en un 30% a diario o semanalmente; otro 30% mensualmente; y el casi 40% restante informa hacerlo con una frecuencia superior a los 6 meses. Atendiendo al reciclaje a través de formaciones específicas, el 90% reconoce hacerlo al menos con una frecuencia anual o inferior; por el contrario, al menos un 3% se recicla a nivel formativo con una frecuencia superior a los 2 años.

Tabla 11. Frecuencia con que se recicla a nivel de conocimientos mediante artículos, libros, blogs, etc.

	% (n)		% (n)
Diariamente	9,5 (59)	Semestralmente	20,7 (129)
Semanalmente	22,6 (141)	Anualmente	13,8 (86)
Mensualmente	30,5 (190)	Hace más de 1 año	2,9 (18)

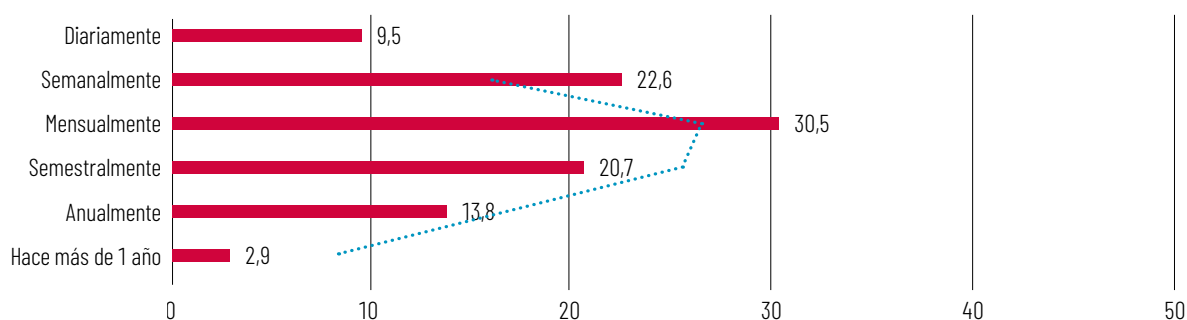
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12. Frecuencia con que se recicla a nivel de conocimientos mediante cursos, jornadas, seminarios, talleres, etc.

	% (n)		% (n)
Mensualmente	17,0 (106)	Hace más de 1 año	6,9 (43)
Semestralmente	37,9 (236)	Hace entre 2 y 4 años	2,2 (14)
Anualmente	35,2 (219)	Hace 5 años o más	0,8 (5)

Fuente: Elaboración propia.

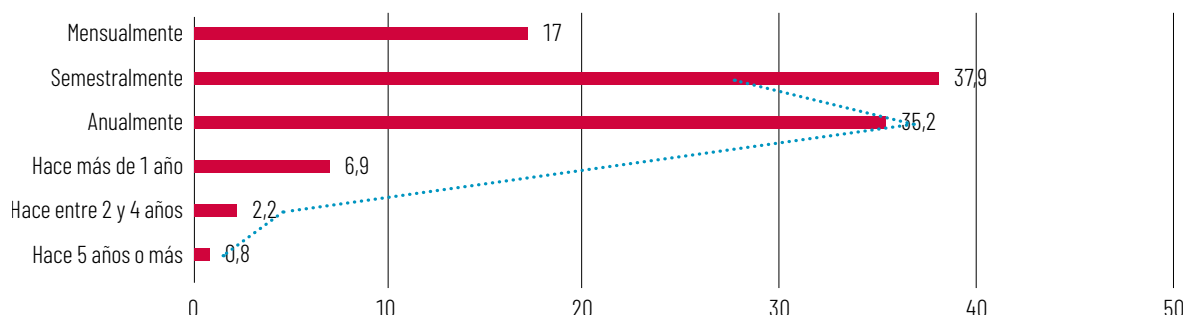
Figura 13. Frecuencia con que se recicla a nivel de conocimientos mediante artículos, libros, blogs, etc. (%)



Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Figura 14. Frecuencia con que se recicla a nivel de conocimientos mediante cursos, jornadas, seminarios, talleres, etc. (%)



Fuente: Elaboración propia.

El reciclaje de conocimientos, habilidades y competencias en prevención de adicciones es preciso para incorporar a la práctica profesional los últimos hallazgos en evidencia científica y buenas prácticas. Esto no sólo mejorará la calidad de las intervenciones preventivas, sino también el cumplimiento del principio de beneficencia que debe incorporar toda intervención, y que igualmente recogen los códigos éticos profesionales.

El reciclaje puede vincularse a diversas estrategias, p.e.: a) Desarrollo profesional, pudiendo acceder a determinados puestos mostrando no sólo un cómputo de horas de formación, sino una trayectoria formativa constante que denote reciclaje; b) Incentivos económicos o de otra índole; c) Exigencia en los currículums de los profesionales vinculados a programas e intervenciones subvencionados con fondos públicos; d) Certificación como profesional de la prevención de adicciones que acredite para trabajar en esta área, renovable cada 5 años acorde a un reciclaje formativo mínimo.

4.3

Perfil contractual y organizativo

A nivel contractual, destacan dos entidades como contratantes en el último año (Tabla 13; Figura 15), correspondiendo el 56,8% a la Administración Pública (nacional, autonómica, local) y un 33,7% a ONG-Tercer Sector. Aunque en menor medida, también destaca la empresa privada (8,7%) y la Universidad (8,2%). En el apartado "Otro", un número significativo de participantes informan haber sido contratados en el último año por entidades como Hospitales, Atención Primaria de Salud, Cooperativas e, incluso, centros educativos de Enseñanza Secundaria.

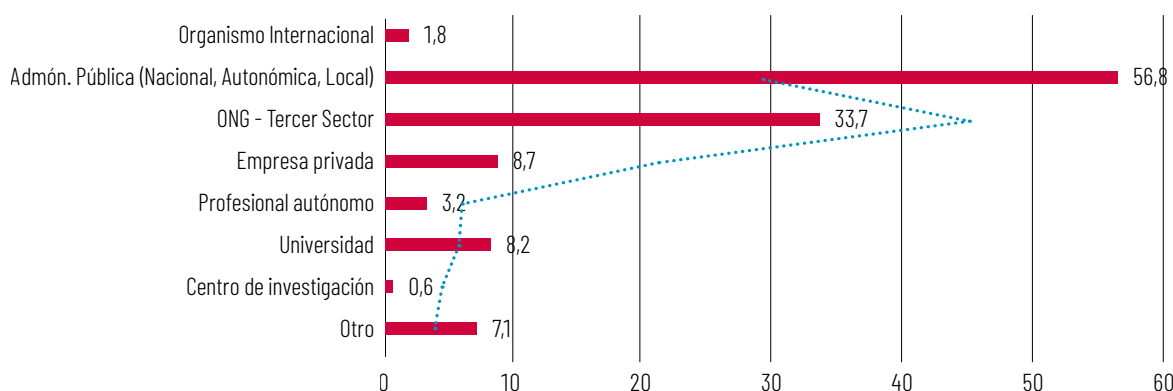
RESULTADOS

Tabla 13. Entidad contratante en el último año

	% (n)		% (n)
Organismo Internacional	1,8 (11)	Profesional autónomo	3,2 (20)
Admón. Pública (Nacional, Autonómica, Local)	56,8 (354)	Universidad	8,2 (51)
ONG - Tercer Sector	33,7 (210)	Centro de investigación	0,6 (4)
Empresa privada	8,7 (54)	Otro	7,1 (44)

Fuente: Elaboración propia.

Figura 15. Entidad contratante en el último año (%)



Fuente: Elaboración propia.

Considerando el tipo de contrato laboral (Tabla 14; Figura 16) que tienen los y las profesionales de la prevención de adicciones, destaca con un 39,2% el de asalariado en empresa, Tercer Sector, Universidad o Centro de Investigación. Los profesionales autónomos representan el 6,3%. Y, respecto a contratos realizados desde las distintas administraciones públicas, encontramos un 19,7% de personal laboral de la Administración Local; un 16,1% como personal funcionario de la Administración Local; un 9,6% como personal funcionario de la Administración Autonómica; y un 5,1% como personal laboral de la Administración Autonómica. Aunque de manera muy minoritaria, es importante destacar que 2 de cada 100 profesionales de la prevención están trabajando actualmente sin contrato y/o como voluntariado.

Atendiendo a la modalidad de contrato que tienen actualmente los y las profesionales de la prevención de adicciones (Tabla 15; Figura 17), el 47,8% reportan tener contrato indefinido a tiempo completo; el 22,5% ser funcionarios/as. Frente a estas formas de contrato más estables, otras modalidades de contrato con menor dedicación o estabilidad temporal o de interinidad representan el 30% de los contratos de los y las profesionales. En concreto, el 10,9% indica tener un contrato temporal a tiempo completo; el 7,1% un contrato indefinido a tiempo parcial; el 4,5% un contrato temporal a tiempo parcial; y un 7,2% indican tener otra modalidad de contrato.

RESULTADOS

Tabla 14. Tipo de contrato actual (%)

	% (n)
Funcionario Admón. Nacional	1,4 (9)
Funcionario Admón. Autonómica	9,6 (60)
Funcionario Admón. Local	16,1 (100)
Personal laboral de la Admón. Nacional	0,6 (4)
Personal laboral de la Admón. Autonómica	5,1 (32)
Personal laboral de la Admón. Local	19,7 (123)
Autónomo/a	6,3 (39)
Asalariado en empresa, Tercer Sector, Universidad o Centro de investigación	39,2 (244)
Sin contrato, soy Voluntario/a	1,9 (12)

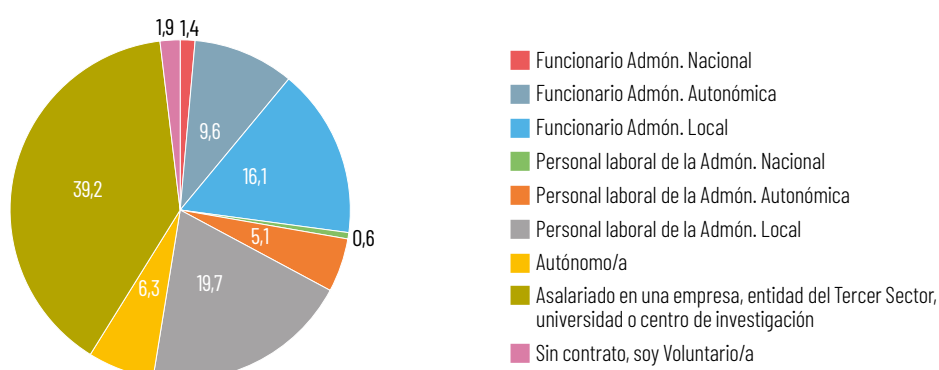
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 15. Modalidad de contrato (%)

	% (n)		% (n)
Funcionario	22,5 (140)	Temporal a tiempo completo	10,9 (68)
Indefinido a tiempo completo	47,8 (298)	Temporal a tiempo parcial	4,5 (28)
Indefinido a tiempo parcial	7,1 (44)	Otro	7,2 (45)

Fuente: Elaboración propia.

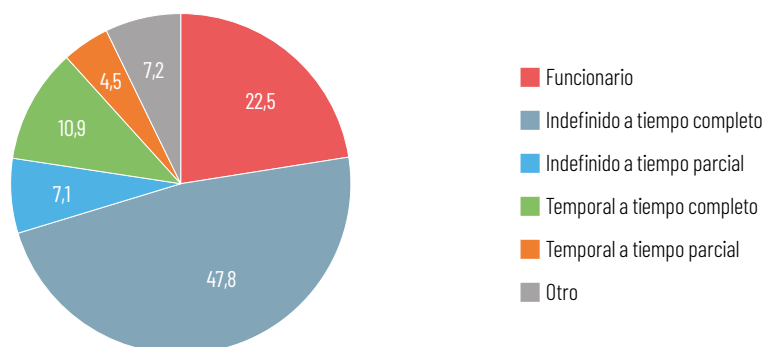
Figura 16. Tipo de contrato actual (%)



Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Figura 17. Modalidad de contrato (%)



Fuente: Elaboración propia.

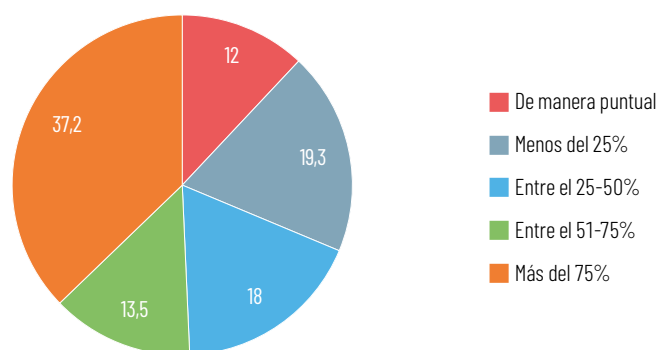
La media de horas semanales de la jornada laboral dedicadas específicamente a prevención de adicciones es de 20,45 horas (DT = 13,82). Como puede observarse en la Tabla 16 (Figura 18), apenas el 37% de los profesionales encuestados dedican más del 75% de su jornada laboral a labores específicamente de prevención de adicciones. De hecho, el 50% dedican menos de la mitad de su jornada laboral.

Tabla 16. Profesionales según el porcentaje de horas dedicadas a la prevención de adicciones

	% (n)		% (n)
De manera puntual	12,0 (75)	Entre el 51-75%	13,5 (84)
Menos del 25%	19,3 (120)	Más del 75%	37,2 (232)
Entre el 25-50%	18,0 (112)		

Fuente: Elaboración propia.

Figura 18. Profesionales según el porcentaje de horas dedicadas a la prevención de adicciones (%)



Fuente: Elaboración propia.

Considerando que más de la mitad de los y las profesionales de la prevención de adicciones son funcionarios/as o están contratados/as por la Administración Pública, y que 3 de cada 10 están contratados/as por el Tercer Sector (que mayoritariamente depende de subvenciones públicas para el desarrollo de las intervenciones), parece factible desarrollar una estrategia de

RESULTADOS

profesionalización de la prevención de adicciones vinculada al establecimiento de unos criterios mínimos de formación que acrediten para el desempeño profesional en esta área.

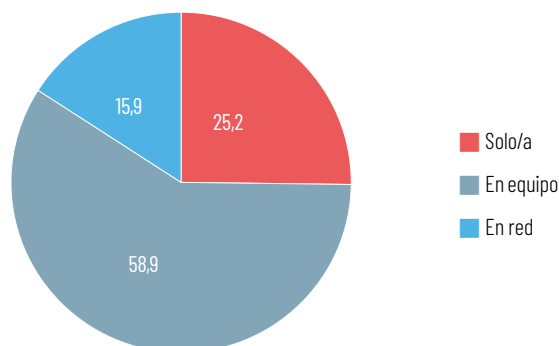
Esta profesionalización del personal técnico de la prevención debería permitir asimismo garantizar la estabilidad laboral y mejores condiciones contractuales a los profesionales acreditados, ya que limitaría la práctica de quienes no están acreditados. Además, debidamente legislado y regulado desde los correspondientes Colegios Oficiales, podría considerarse intrusismo laboral el ejercer en el área de prevención de adicciones sin disponer de dicha acreditación. O, como se ha observado en el presente estudio, que 2 de cada 100 profesionales estén trabajando sin contrato o como voluntarios/as.

De igual manera, la profesionalización del personal técnico de la prevención de adicciones establecería las tareas y funciones propias del puesto de trabajo, así como las horas de dedicación. Esto debería reducir de manera clara ese porcentaje de más del 50% de profesionales que dedican menos de la mitad de su jornada laboral a la prevención de adicciones.

En definitiva, la profesionalización del personal técnico de la prevención de adicciones regularía, dignificaría y protegería el trabajo desempeñado por los y las profesionales que verdaderamente ejercen y sustentan la prevención de adicciones. Asimismo, garantizaría el desarrollo de las funciones y tareas que les son propias, y no otras a conveniencia y/o necesidad de quienes dependen orgánicamente, otorgando mayor sostenibilidad a las acciones preventivas desarrolladas. También poder centrar su labor en desarrollar una prevención de adicciones de calidad.

Respecto a si los y las profesionales de prevención trabajan solos/as o en equipo/red (Figura 19), el 25,2% desarrolla su trabajo preventivo en adicciones solo/a, mientras que el 58,9% lo hace en equipo, y el 15,9% en red. El trabajo en equipo se entiende como aquel desarrollado con otros profesionales dentro del mismo servicio o entidad; mientras que el trabajo en red implica el trabajo coordinado con otros agentes y profesionales ajenos al propio servicio o entidad, pero cuyas acciones convergen en la misma problemático y/o colectivo. El número de personas que de media conforman los equipos son 6,30 (DT = 6,52) profesionales.

Figura 19. Trabajo preventivo solo o en equipo/red (%)



Fuente: Elaboración propia.

El trabajo preventivo puede beneficiarse del trabajo en equipo cuando éste es posible. Para ello, sería preciso establecer una ratio profesional/población destinataria que determine la necesidad de

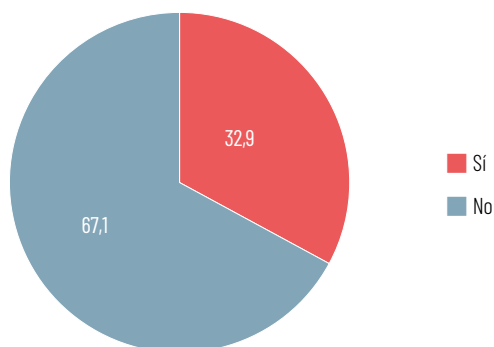
RESULTADOS

establecimiento de un equipo y el número de integrantes. De igual modo, debe considerarse el trabajo en red, facilitando el desarrollo de estructuras de coordinación que permitan el desarrollo de acciones convergentes y complementarias, evitando duplicidades y vacíos. Este trabajo en red puede ser fomentado a través de reuniones presenciales de profesionales dentro de las corporaciones locales (CCLL), cursos de formación/reciclaje y uso de las tecnologías de la información y la comunicación.

4.3.1. Técnico/a Municipal de prevención de adicciones

Del total de 623 participantes en el estudio, el 32,9% (n = 205) reportan ser técnicos/as municipales de prevención de adicciones (Figura 20). El número de profesionales que de media trabajan en los servicios municipales de prevención de adicciones son 2,11 (DT = 3,08).

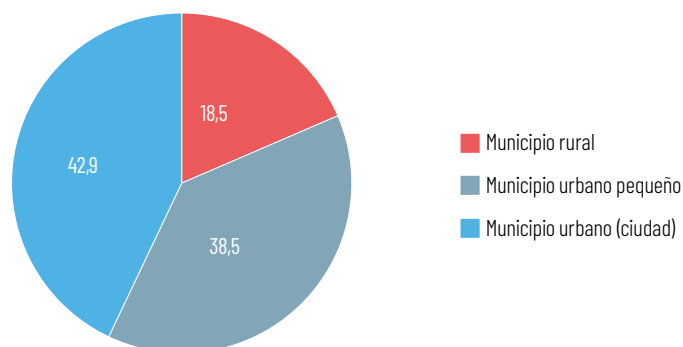
Figura 20. Porcentaje de Técnicos/as Municipales de Prevención de Adicciones (%)



Fuente: Elaboración propia.

La tipología de municipios en los que estos técnicos municipales de prevención desarrollan su trabajo (Figura 21), un 18,5% (n=38) corresponde a municipios rurales; un 38,5% (n=79) a municipio urbano pequeño; y un 42,9% (n=88) a municipio urbano (ciudad).

Figura 21. Tipología de municipios (%)



Fuente: Elaboración propia.

El número de habitantes del municipio en el que se ejerce la labor de prevención de adicciones (Tabla 17; Figura 22), se sitúa mayoritariamente en municipios de entre 20.000-40.000 habitantes (30,7%) y de

RESULTADOS

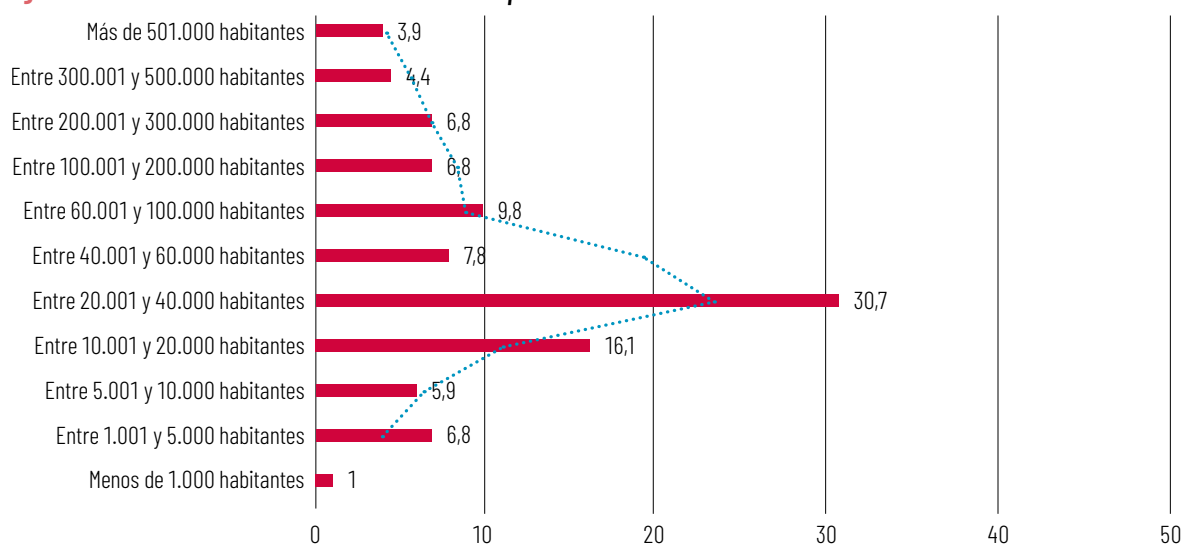
entre 10.000-20.000 habitantes (16,1%). En la horquilla entre 1.000-5.000 habitantes, y de entre 40.000-300.000 habitantes los porcentajes se sitúan entre el 6-10%.

Tabla 17. Número de habitantes del municipio

	% (n)		% (n)
Menos de 1.000 habitantes	1,0 (2)	Entre 60.001 y 100.000 habitantes	9,8 (20)
Entre 1.001 y 5.000 habitantes	6,8 (14)	Entre 100.001 y 200.000 habitantes	6,8 (14)
Entre 5.001 y 10.000 habitantes	5,9 (12)	Entre 200.001 y 300.000 habitantes	6,8 (14)
Entre 10.001 y 20.000 habitantes	16,1 (33)	Entre 300.001 y 500.000 habitantes	4,4 (9)
Entre 20.001 y 40.000 habitantes	30,7 (63)	Más de 500.001 habitantes	3,9 (8)
Entre 40.001 y 60.000 habitantes	7,8 (16)		

Fuente: Elaboración propia.

Figura 22. Número de habitantes del municipio

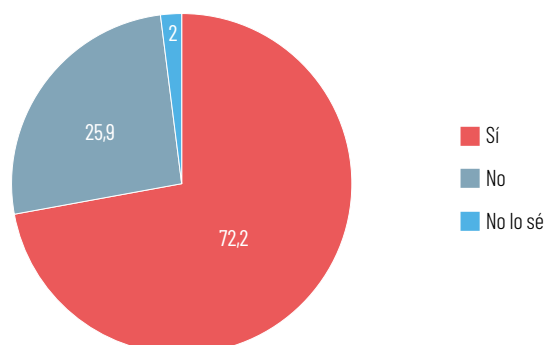


Fuente: Elaboración propia.

Según informan los y las técnicos municipales de prevención de adicciones, el 72,2% (n = 148) de los municipios cuentan con un Plan Local/Municipal de Prevención de Adicciones; mientras que el 25,9% (n = 53) no cuenta con este; y el 2% (n = 4) indican no saber si lo tiene o no (Figura 23).

RESULTADOS

Figura 23. Porcentaje de municipios con Plan Local/Municipal de Prevención de Adicciones (%)



Fuente: Elaboración propia.

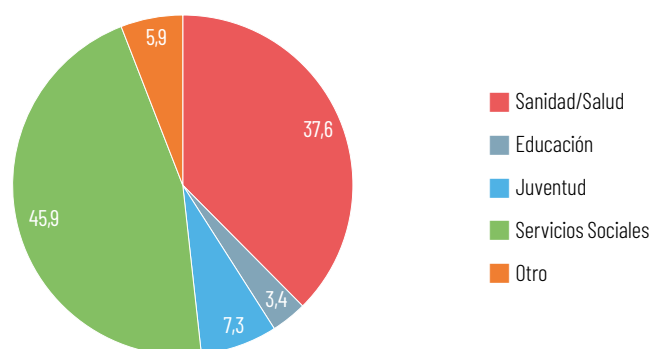
La dependencia orgánica de los técnicos municipales en prevención de adicciones (Tabla 18; Figura 24), se distribuye principalmente a través de las concejalías de Servicios Sociales, representando el 45,9% (n = 94); y Sanidad/Salud, representando el 37,6% (n = 77). De manera minoritaria se distribuye en el resto de las concejalías. En la opción "Otro", de manera minoritaria pero igualmente reseñable, los técnicos municipales de prevención de adicciones informan depender orgánicamente de otras concejalías como Deportes, Fiestas, o hallarse bajo el paraguas de programas mancomunados o comarcales no adscritos a ninguna concejalía o Departamento en concreto. Asimismo, e igualmente de manera minoritaria, informan de hallarse en situaciones donde a nivel municipal se sitúan en el ámbito de salud y, al mismo tiempo, a nivel autonómico en el ámbito de Servicios Sociales.

Tabla 18. Dependencia orgánica por concejalía

	% (n)		% (n)
Sanidad/Salud	37,6 (77)	Servicios Sociales	45,9 (94)
Educación	3,4 (7)	Otro	5,9 (12)
Juventud	7,3 (15)		

Fuente: Elaboración propia.

Figura 24. Dependencia orgánica por concejalía (%)



Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

De la muestra del presente estudio se concluye que 1 de cada 3 profesionales inscritos en el Censo de Profesionales de la Prevención de Adicciones son Técnicos/as Municipales de Prevención de Adicciones. Sin embargo, el número real debe ser mayor, por lo que se sugiere la ampliación de este colectivo en su inscripción al Censo a través de diversas estrategias. Estas pueden desarrollarse dentro del marco de una acción de visibilización del presente estudio y del propio Censo; o, sin ser de carácter obligatorio, estar vinculadas a los procesos de contratación y/o de acceso a subvenciones y financiación pública. En relación a esto último, por ejemplo, teniendo que facilitar los datos de los profesionales implicados en las acciones de prevención de adicciones subvencionadas, y que dichos datos pasen al Censo, dentro del marco del cumplimiento de la Ley de Protección de Actos.

Es esencial disponer de un Censo de Profesionales de la Prevención de Adicciones lo más completo posible, pero especialmente en el caso de los Técnicos/as Municipales de Prevención de Adicciones, que son quienes ejecutan las acciones en el ámbito local de manera sostenible en el tiempo. Llegar a este colectivo es estratégico por varias razones:

1. Disponer de información sobre sus perfiles formativos y ofertar formaciones específicas, especialmente aquellas que tienen un mayor impacto a nivel local.
2. Considerarles como grupo de interés en el proceso de profesionalización de la prevención de adicciones, de cara a su participación en la delimitación de funciones y tareas según perfiles, y otras consideraciones de interés.
3. Establecer en qué medida los objetivos y acciones prioritarias establecidas en la Estrategia Nacional sobre Adicciones y en los Planes de Acción tienen su transferencia al ámbito local.
4. Considerarles como grupo de interés en la evaluación del cumplimiento de objetivos de la Estrategia Nacional y Planes de Acción.

De otra parte, se evidencia que los municipios rurales, especialmente los de menos de 1.000 habitantes, apenas tienen representación entre técnicos/as municipales de prevención. Esto puede deberse a un sesgo en el Censo o al hecho de que estos municipios carecen de estructuras preventivas que den cabida a disponer de técnicos/as municipales de prevención.

Asimismo, se observa que 3 de cada 10 técnicos/as municipales de prevención de adicciones desarrollan su labor sin disponer de un Plan Local/Municipal de Prevención de Adicciones como marco referente de sus actuaciones. Las implicaciones de este hecho son varias. Primeramente, dificulta la labor del técnico/a al no disponer de una evaluación de necesidades y establecimiento de prioridades, así como de una determinación de acciones a desarrollar y su planificación, en términos no sólo temporales sino también de recursos necesarios, población destinataria, etc. Por último, dificulta la evaluación de las intervenciones desarrolladas, así como su convergencia con la Estrategia Nacional sobre Adicciones y sus Planes de Acción.

Respecto a la dependencia orgánica de una u otra concejalía, su ubicación mayoritaria en las concejalías de Servicios Sociales y Sanidad/Salud es coherente con el desarrollo de las acciones preventivas que se implementan en el ámbito local. Sin embargo, en algunas situaciones puede darse la existencia que un mismo servicio esté situado en un Departamento a nivel municipal, pero depender de otro a nivel autonómico. En consecuencia, es preciso establecer la delimitación de tareas y funciones asociadas al puesto de técnico/a municipal de prevención de adicciones, para que el trabajo de estos profesionales se circunscriba (si no exclusivamente al menos mayoritariamente) a

RESULTADOS

la prevención de adicciones, y no dependa de los intereses y necesidades de las distintas concejalías y Departamentos, tanto si éstas son referidas al ámbito de la prevención de adicciones como si no lo son. Hay constancia de que la demanda de tareas y funciones ajenas a la prevención de adicciones es constante en el tiempo, dificultando el desempeño de las funciones propias de prevención de adicciones. Este hecho justifica la relevancia de la profesionalización de la prevención de adicciones, y no la mera contratación de servicios o asignación de acciones preventivas.

4.4

Perfil de tareas y funciones

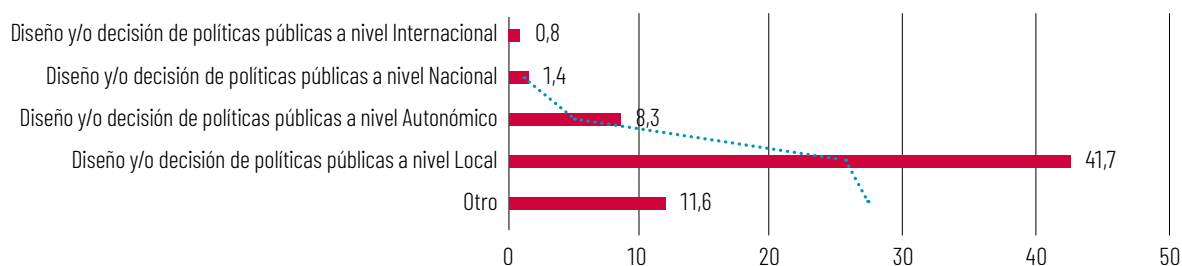
Entre las tareas que desarrollan los y las profesionales de prevención de adicciones, en el área de políticas públicas (Tabla 19; Figura 25) señalan trabajar el 57,8% (n = 360). La tarea que presenta mayor desarrollo es el diseño y/o decisión de políticas públicas a nivel local (41,7%). Las tareas relacionadas con el diseño y/o decisión de políticas públicas a nivel internacional y nacional presentan un porcentaje prácticamente nulo de desarrollo, probablemente por lo que representa a nivel de ratio entre los profesionales y en porcentaje de la muestra del presente estudio los profesionales que desarrollan estas tareas. A nivel autonómico, un 8,3% reportan desarrollar tareas de diseño y/o planificación de políticas públicas a este nivel. En la opción "Otro" se reportan tareas enfocadas a niveles geográficos como barrios, zonas básicas de salud, zonas con coberturas supramunicipales o que son de difícil categorización geográfica.

Tabla 19. Tareas desarrolladas en el área de políticas públicas (n = 360)

	% (n)
Diseño y/o decisión de políticas públicas a nivel internacional	0,8 (5)
Diseño y/o decisión de políticas públicas a nivel nacional	1,4 (9)
Diseño y/o decisión de políticas públicas a nivel autonómico	8,3 (52)
Diseño y/o decisión de políticas públicas a nivel local	41,7 (260)
Otro	11,6 (72)

Fuente: Elaboración propia.

Figura 25. Tareas desarrolladas en el área de Políticas Públicas (%) (n = 360)



Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Respecto a las tareas relacionadas con el diseño y/o decisión de políticas públicas, aproximadamente 6 de cada 10 profesionales (57,8%) desarrollan alguna tarea en este sentido. De estos, 4 de cada 10 profesionales que trabajan en prevención en el ámbito local participan en el diseño y/o decisiones relativas a las políticas públicas en prevención que se desarrollan. Sin embargo, sería conveniente incrementar este porcentaje, ya que la mayor parte de la implementación de acciones preventivas se desarrolla a nivel local.

También es reseñable que a nivel internacional y nacional presentan un porcentaje prácticamente nulo de desarrollo, aunque esto puede deberse a varias circunstancias: a) que los que hacen las políticas no se circunscriben a la prevención de adicciones; b) la escasa inscripción al Censo de profesionales de prevención de aquellos con un perfil vinculado a estas tareas y, por tanto, presentar una infrarrepresentación en el presente estudio. Por ello, se sugiere una mayor difusión del Censo de Profesionales de Prevención de Adicciones y fomentar que estos profesionales se inscriban en este.

En relación a las tareas desarrolladas en el área de Investigación (Tabla 20; Figura 26), señalan trabajar el 68,7% (n = 428) de los y las profesionales encuestados. Entre estos, al menos un tercio de los profesionales realizan: a) Evaluación de proceso de intervenciones preventivas (35%); b) Evaluación de resultados (eficacia/eficiencia) de intervenciones preventivas (33,5%); y, c) Análisis de perfiles, patrones, motivaciones, factores de riesgo y protección, y consecuencias asociadas (31,6%). En menor medida, señalan realizar investigación o estudios sobre adicciones (22,2%); Evaluación de buenas prácticas y/o criterios de calidad en prevención de adicciones (18,3%); y Epidemiología del consumo de sustancias y conductas adictivas sin sustancia (16,2%). En la categoría "Otro" destaca la escasez de recursos para realizar investigación.

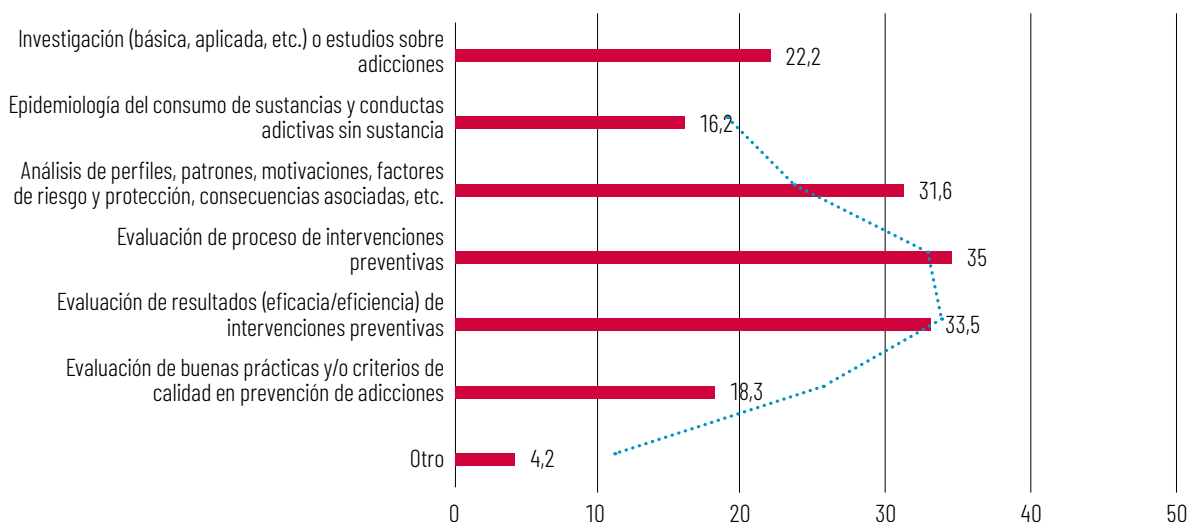
Tabla 20. Tareas desarrolladas en el área de investigación (n = 428)

	% (n)
Investigación (básica, aplicada, etc.) o estudios sobre adicciones	22,2 (138)
Epidemiología del consumo de sustancias y conductas adictivas sin sustancia	16,2 (101)
Análisis de perfiles, patrones, motivaciones, factores de riesgo y protección, consecuencias asociadas, etc.	31,6 (197)
Evaluación de proceso de intervenciones preventivas	35,0 (218)
Evaluación de resultados (eficacia/eficiencia) de intervenciones preventivas	33,5 (209)
Evaluación de buenas prácticas y/o criterios de calidad en prevención de adicciones	18,3 (114)
Otro	4,2 (26)

Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Figura 26. Tareas desarrolladas en el área de investigación (%) (n = 428)



Fuente: Elaboración propia.

En relación a la investigación, que incluye tareas relacionadas con estudios sobre adicciones, epidemiología y distintos tipos de evaluación de proceso y resultados, casi 7 de cada 10 profesionales (68,7%) indican realizar alguna tarea en este sentido. La investigación se orienta de manera mayoritaria a la evaluación de proceso y resultados de las intervenciones preventivas, así como a la de variables que permiten una mayor transferencia aplicada. Sin embargo, a pesar de que el área de investigación parece estar suficientemente desarrollada y responder a estos aspectos de la praxis profesional, esta situación no se corresponde con la publicación de trabajos y estudios, ni tampoco con la presentación en eventos científicos o de divulgación del conocimiento. Entre las explicaciones posibles, podemos encontrar que varios profesionales señalen hacer evaluación en la medida en que tienen que desarrollar evaluación de proceso para las memorias de ejecución de las intervenciones realizadas. O bien que se realicen estudios de necesidades o evaluaciones de resultados, o de otra índole, pero no se considere su publicación o divulgación a través de los diversos foros científicos existentes.

En consecuencia, parece necesario ahondar en la delimitación de las tareas relacionadas con la investigación y evaluación, determinando el grado de desarrollo e implicación de los y las profesionales en estas.

En relación a las tareas de Asesoría Técnica (Tabla 21; Figura 27) señalan trabajar el 64,2% (n = 400) de los y las profesionales encuestados. Entre estos, se observa que prácticamente la mitad (45,7%) son asesorías técnicas para la Administración Pública; seguida del Tercer Sector (22,6%); y para el sector privado (10,6%). En el apartado "Otro", los profesionales señalan realizar asesorías para familias, para centros educativos o directamente para la población joven y/o consumidora.

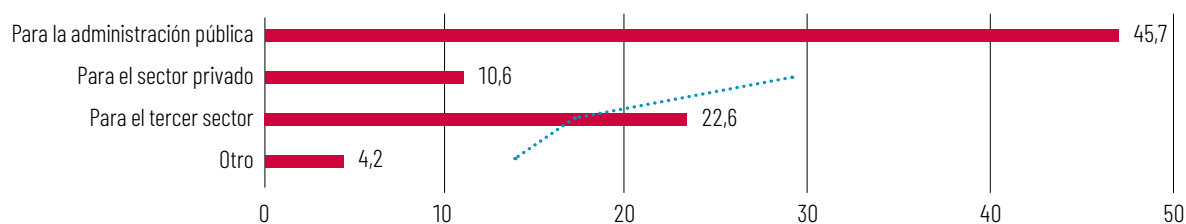
RESULTADOS

Tabla 21. Tareas de Asesoría Técnica (n = 400)

	% (n)		% (n)
Para la Administración Pública	45,7 (285)	Para el Tercer Sector	22,6 (141)
Para el sector privado	10,6 (66)	Otro	4,2 (26)

Fuente: Elaboración propia.

Figura 27. Tareas de Asesoría Técnica (%) (n = 400)



Fuente: Elaboración propia.

Respecto al desarrollo de tareas de Asesoría Técnica, el 64,2% de los y las profesionales encuestados refieren desarrollar alguna tarea en este sentido. De entre estos, se observa que prácticamente la mitad de los y las profesionales informan realizarlas para la Administración Pública. Esto sugiere la necesidad de delimitar con claridad qué se entiende por “asesoría técnica”, si como recomendaciones y respuesta a consultas, o solo un trabajo expresamente de asesoría circunscrito a un contrato para tal fin, o a una serie de tareas y funciones vinculadas al puesto de trabajo. Asimismo, sería recomendable establecer un Catálogo de Asesores Técnicos que puedan responder a la demanda de este tipo de servicios en función de las necesidades y características que lo definan. Para ello, sería conveniente la delimitación de perfiles (en términos de conocimientos, competencias y experiencia) que deben tener los y las profesionales encargados de la asesoría técnica por áreas de actuación.

En relación a las tareas desarrolladas en el área de Formación y/o Docencia (Tabla 22; Figura 28), señalan trabajar el 72,2% (n = 450) de los y las profesionales encuestados. Se observa que es una tarea con bastante presencia entre los y las profesionales. Ésta se concreta mayormente en los entornos de la Administración Pública (32,4%) y de la Universidad (25,7%). En menor medida se desarrolla en asociaciones profesionales (17,2%); por cuenta ajena (empresa) (12,7%); por cuenta propia (autónomo) (8,3%); y para organismos nacionales y/o internacionales (6,4%). En la categoría “Otro” los profesionales refieren información sobre las poblaciones destinatarias de esta formación, siendo en la mayoría de casos centros educativos, aunque también voluntarios, cuerpos de seguridad o familias.

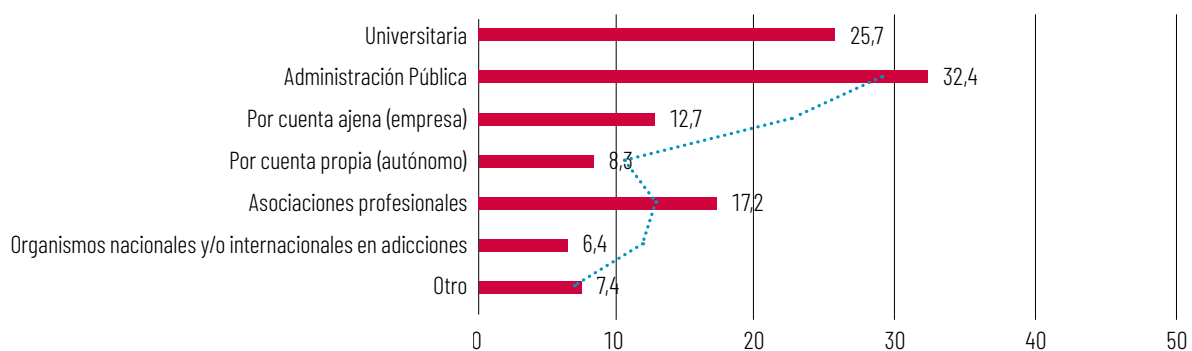
RESULTADOS

Tabla 22. Vías a través de las que se provee la formación y/o docencia (n = 450)

	% (n)
Universitaria	25,7 (160)
Administración Pública	32,4 (202)
Por cuenta ajena (empresa)	12,7 (79)
Por cuenta propia (autónomo)	8,3 (52)
Asociaciones profesionales	17,2 (107)
Organismos nacionales y/o internacionales en adicciones	6,4 (40)
Otro	7,4 (46)

Fuente: Elaboración propia.

Figura 28. Vías a través de las que se provee la formación y/o docencia (%) (n = 450)



Fuente: Elaboración propia.

Las tareas desarrolladas en el área de formación y/o docencia parecen estar bastante extendidas entre los y las profesionales de la prevención de adicciones, siendo desarrolladas por 7 de cada 10 profesionales (72,2%). Este hecho en sí es positivo, pues puede permitir la difusión del conocimiento y el desarrollo de competencias en el sector. Sin embargo, convendría considerar al menos dos aspectos:

1. Los currículums formativos que se están utilizando en las formaciones. Estos deben estar actualizados, incorporando la evidencia científica actual y orientados igualmente al desarrollo de competencias que permitan la transferencia del conocimiento y desarrollo de buenas prácticas.
2. El perfil de los y las formadores/as. Quienes desarrollan acciones formativas y/o docentes deben cumplir una serie de requisitos mínimos respecto a conocimientos y competencias comunicativas, así como de vincular los aspectos teórico-conceptuales con la práctica profesional en situaciones reales.

A este respecto, se pueden desarrollar varias estrategias que garanticen una formación y/o docencia de calidad. Algunas de estas estrategias son:

RESULTADOS

1. Por parte de la Administración Pública, en el marco del Plan Nacional Sobre Drogas y/o de las Administraciones Autonómicas en las que recaiga la prevención de adicciones, destacar con algún tipo de distintivo de “recomendación” las titulaciones universitarias de Grado, Máster o Doctorado que aborden de manera específica la prevención de adicciones.
2. Establecer un Catálogo de Formación en Prevención de Adicciones, con currículums formativos acreditados por organismos oficiales. Entre estos, pueden hallarse: a) Títulos Universitarios Oficiales (reconocidos como tales por el Ministerio de Educación y Formación Profesional) que aborden de manera específica la prevención de adicciones, bien en su conjunto o a través de itinerarios de asignaturas; b) Cursos o formaciones específicas sobre prevención de adicciones, entre los que pueden considerarse 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), que pueden ser acreditados por el Portal de Buenas Prácticas y/o las administraciones autonómicas con competencia en materia de prevención de adicciones; y, c) Formaciones específicas desarrolladas desde las Comunidades Autónomas y/o las entidades locales, que asimismo pueden ser acreditadas desde estas. Algunas de estas formaciones pueden ser ofertadas de manera gratuita o bien financiadas para profesionales en activo que trabajen en el ámbito de la prevención de adicciones. Además, sería de interés la monitorización de estas formaciones, su evaluación de proceso y de resultados (en términos de conocimiento y percepción de aplicabilidad), de manera que se pueda asegurar que cumplen con los objetivos formativos planteados.
3. Establecer un Catálogo de Formadores, que puedan responder a la demanda de formación en función de las necesidades y características que la definan. Para ello, sería conveniente la delimitación de perfiles (en términos de conocimientos, competencias y experiencia) que deben tener los y las profesionales encargados de la formación por áreas de actuación. Estos perfiles pueden establecerse a través de Grupos de Trabajo de expertos en formación en prevención de adicciones, bien impulsados desde el Plan Nacional Sobre Drogas, bien desde las administraciones autonómicas. Esto supone, asimismo, la acreditación de formadores, la cual puede realizarse a nivel de la administración autonómica atendiendo a los perfiles anteriormente señalados.
4. Vincular la subvención de fondos públicos para formación a: a) el desarrollo de currículums formativos que atiendan a necesidades específicas; b) obligatoriedad de someter los currículums formativos que se deseen implementar a proceso de acreditación, según corresponda según modalidad formativa (ver punto 2); c) obligatoriedad de someter a proceso de acreditación a los y las profesionales encargados de implementar la formación, o bien, desarrollarla con profesionales ya acreditados del Catálogo de Formadores.

En relación a las tareas desarrolladas en el área de Planificación, Gestión y/o Coordinación (Tabla 23; Figura 29), señalan trabajar el 81,4% (n = 507) de los y las profesionales encuestados. Entre estos, se observa que más de la mitad de los y las profesionales llevan a cabo tareas de Gestión/Coordinación de programas y acciones de prevención (57,6%); y de Planificación de proyectos preventivos (53,1%). También, de manera destacada, desarrollan tareas de Coordinación de recursos de prevención en red (33,4%); y de organización de Congresos, Jornadas y/o Seminarios (32,4%). En menor medida realizan tareas de Mapeo de estructuras locales, autonómicas, nacionales y/o internacionales (15,9%); o están al frente de la dirección de Títulos Universitarios (11,6%); o Grupos, Redes o Centros de Investigación en adicciones (6,6%).

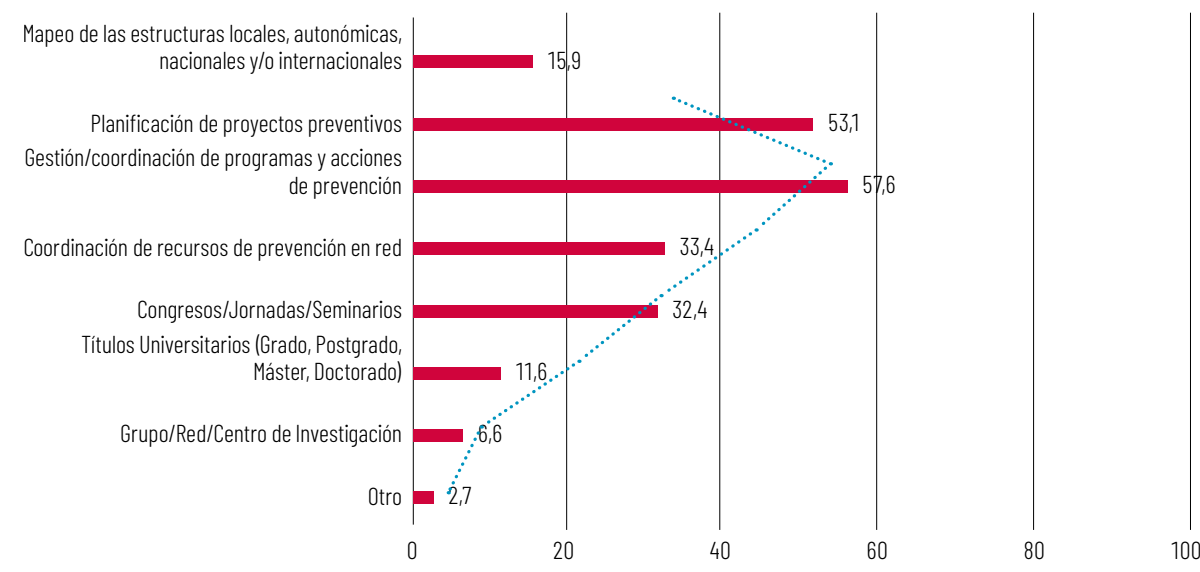
RESULTADOS

Tabla 23. Tareas desarrolladas en el área de planificación, gestión y/o coordinación (n = 507)

	% (n)
Mapeo de las estructuras locales, autonómicas, nacionales y/o internacionales	15,9 (99)
Planificación de proyectos preventivos	53,1 (331)
Gestión/coordinación de programas y acciones de prevención	57,6 (359)
Coordinación de recursos de prevención en red	33,4 (208)
Congresos/Jornadas/Seminarios	32,4 (202)
Títulos Universitarios (Grado, Postgrado, Máster, Doctorado)	11,6 (72)
Grupo/Red/Centro de Investigación	6,6 (41)
Otro	2,7 (17)

Fuente: Elaboración propia.

Figura 29. Tareas desarrolladas en el área de planificación, gestión y/o coordinación (%) (n = 507)



Fuente: Elaboración propia.

Las tareas desarrolladas en el área de planificación, gestión y/o coordinación parecen estar bastante extendidas entre los y las profesionales, siendo desarrolladas por 8 de cada 10 (81,4%). Entre estos profesionales, más de la mitad realizan tareas relacionadas con la planificación, gestión y/o coordinación de proyectos, programas y acciones de prevención. En menor medida desarrollan tareas relacionadas con la coordinación de redes, eventos científicos (congresos, jornadas, seminarios), mapeo de estructuras de prevención, la dirección de Títulos Universitarios o de grupos y redes de investigación.

Este hecho sugiere que una parte importante de los y las profesionales, además de implementar las acciones, están implicados en su planificación y gestión. Esto puede tener una interpretación positiva, señalando una elevada capacitación y compromiso con las distintas fases de desarrollo

RESULTADOS

de las intervenciones preventivas. Sin embargo, también puede hacerse una interpretación menos favorable, señalando una sobrecarga de funciones y tareas, teniendo que asumir tanto la planificación y gestión como la implementación de las acciones preventivas. Los motivos podrían ser: a) falta de financiación para dotar de recursos humanos suficientes; b) falta de delimitación de funciones y tareas asociadas a los puestos laborales; o, c) las intervenciones preventivas tienen una estructura y alcance limitados, fácilmente asumibles por cualquier profesional. Estas circunstancias supondrían un riesgo a la calidad y sostenibilidad de las intervenciones, así como al adecuado desempeño profesional.

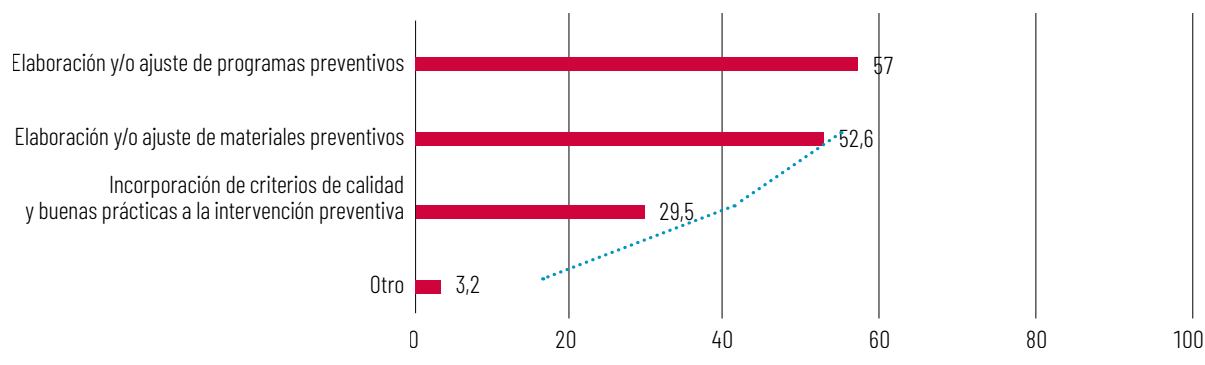
En relación a las tareas desarrolladas en el área de diseño/adaptación de programas y/o materiales preventivos (Tabla 24; Figura 30), señalan trabajar el 77,2% (n = 481) de los y las profesionales encuestados. Entre estos, se observa que más de la mitad de los y las profesionales llevan a cabo tareas de elaboración y/o ajuste de programas preventivos (57%); y de elaboración y/o ajuste de materiales preventivos (52,6%). En menor medida, pero aproximadamente 1 de cada 3 (29,5%), realizan tareas de incorporación de criterios de calidad y buenas prácticas a la intervención preventiva. En la categoría "Otro" se refieren tareas orientadas a ajustar los programas según la necesidad del centro educativo donde se implementan, o el ajuste de programas incorporando una perspectiva de género inexistente.

Tabla 24. Tareas desarrolladas en el área de diseño/adaptación de programas y/o materiales preventivos (n = 481)

	% (n)
Elaboración y/o ajuste de programas preventivos	57,0 (355)
Elaboración y/o ajuste de materiales preventivos	52,6 (328)
Incorporación de criterios de calidad y buenas prácticas a la intervención preventiva	29,5 (184)
Otro	3,2 (20)

Fuente: Elaboración propia.

Figura 30. Tareas desarrolladas en el área de diseño/adaptación de programas y/o materiales preventivos (%) (n = 481)



Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

El elevado porcentaje de profesionales dedicado a la elaboración y/o ajuste de programas y/o materiales preventivos (77,2%) puede tener una doble interpretación. La más positiva, sugiere que 1 de cada 2 profesionales tiene el conocimiento y las competencias necesarias para diseñar programas o materiales preventivos, o realizar ajustes de programas o materiales ya existentes. De otra parte, una interpretación menos favorable es que existe una tendencia a la elaboración de nuevos programas y materiales preventivos, sin considerar el uso de aquellos ya existentes que han demostrado su eficacia a través de diversos estudios. A este respecto, habría que considerar otros aspectos relevantes relacionados con el diseño de nuevos programas y/o materiales, como: a) sustentación en la evidencia científica y los principios de prevención eficaz existentes; b) adecuación a criterios de calidad y buenas prácticas; y, c) determinación de su eficacia, asegurando que no generan perjuicio alguno (efectos iatrogénicos), o que simplemente no genera efectos positivos (aunque tampoco negativos). Todos estos aspectos son esenciales para determinar la implementación y sostenibilidad de cualquier programa y/o material preventivo.

También destaca la falta de revisión de algunos programas elaborados años atrás que carecen de perspectiva de género, la necesidad de su actualización e incorporación de esta.

En relación a las tareas desarrolladas en el área de implementación de acciones de prevención (Tabla 25; Figura 31), señalan trabajar el 90% (n = 561) de los y las profesionales encuestados. Entre estos, se observa que 7 de cada 10 profesionales realizan talleres y seminarios (71,3%); 6 de cada 10 realizan charlas (61,5%), y campañas de divulgación, información y/o sensibilización (60,8%). Prácticamente la mitad realizan jornadas, mesas redondas y conferencias (47,5%) y en torno a 4 de cada 10 desarrollan acciones informativas a través de puntos/web/stands informativos (35,2%). En la categoría "Otro" se informa de tareas relacionadas con prevención indicada como asesorías, consultas, sesiones individuales a jóvenes y/o familias, intervenciones en reducción de riesgos o medidas alternativas a las sanciones administrativas a menores de edad por consumo en vía pública.

En relación con las tareas desarrolladas en el área de Implementación de Programas Preventivos (Tabla 26; Figura 32), señalan trabajar el 79,9% (n = 498) de los y las profesionales encuestados. Entre estos, se observa que casi la mitad implementan programas manualizados y/o protocolizados con evaluación de eficacia (44,5%). Sin embargo, 1 de cada 3 profesionales implementa programas que a pesar de estar manualizados y/o protocolizados no disponen de evaluación de su eficacia. Igualmente, 1 de cada 3 profesionales implementa programas no manualizados ni protocolizados, y que por consiguiente no pueden haber sido evaluados dado que la falta de manualización y protocolización dificulta tal proceso, o lo pondría en cuestionamiento.

Tabla 25. Tareas desarrolladas en el área de implementación de acciones de prevención (n = 561)

	% (n)		% (n)
Punto/Web/Stand informativos	35,2 (219)	Talleres, Seminarios	71,3 (444)
Campaña de divulgación/información/sensibilización	60,8 (379)	Jornadas, Mesas redondas, Conferencias	47,5 (296)
Vídeo fórum	10,0 (62)	Análisis de sustancias	5,9 (37)
Charlas	61,5 (383)	Otro	3,7 (23)

Fuente: Elaboración propia.

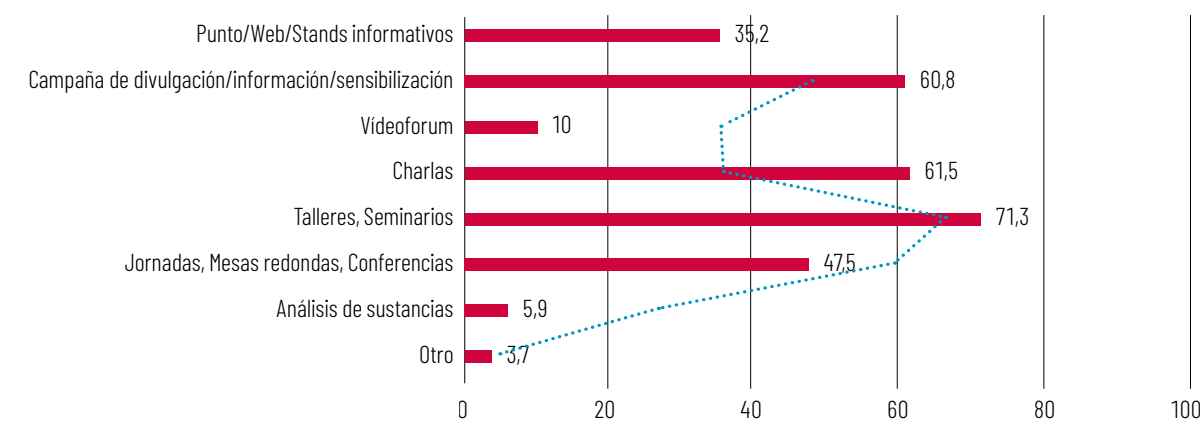
RESULTADOS

Tabla 26. Tareas desarrolladas en el área de implementación de programas preventivos (n = 498)

	% (n)
Programas manualizados y/o protocolizados con evaluación de eficacia	44,5 (277)
Programas manualizados y/o protocolizados sin evaluación de eficacia	34,0 (212)
Programas no manualizados ni protocolizados	30,0 (187)
Otro	3,2 (20)

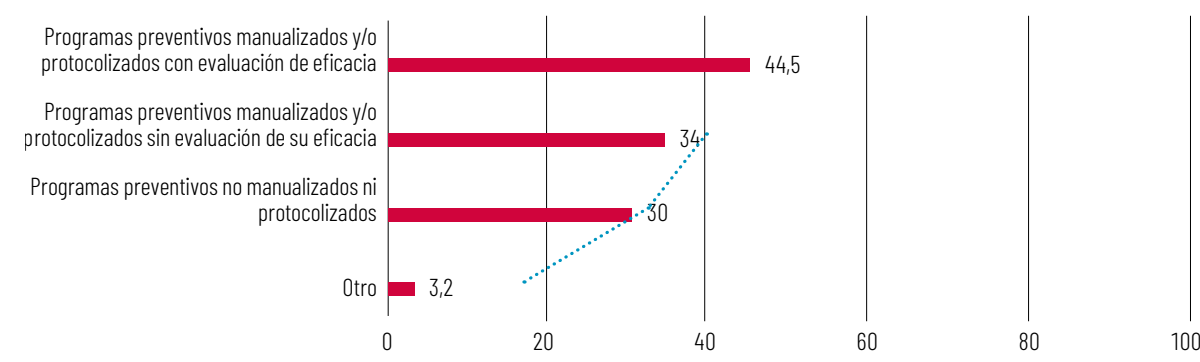
Fuente: Elaboración propia.

Figura 31. Tareas desarrolladas en el área de implementación de acciones de prevención (%)(n = 561)



Fuente: Elaboración propia.

Figura 32. Tareas desarrolladas en el área de implementación de programas preventivos (%) (n = 498)



Fuente: Elaboración propia.

Las acciones de información y sensibilización tienen una elevada representación entre las tareas desarrolladas por los y las profesionales de la prevención, siendo referidas de media por el 65% de los y las profesionales. Este porcentaje representa igualmente la implementación de programas de prevención de adicciones que no tienen evaluación de su eficacia (protocolizados o no). Es decir, aproximadamente 2 de cada 3 de las acciones de prevención no cumplen con los principios de la prevención eficaz desarrollados internacionalmente.

RESULTADOS

Es sabido que la transmisión de información, *per se*, no es suficiente para considerarse eficaz en términos preventivos. No debe confundirse prevención con información o sensibilización. Además, existe evidencia suficiente que señala que la mera información, no ajustada a las necesidades y características de la población beneficiaria, puede ser contrapreventiva. Esto no significa un cuestionamiento a la totalidad de acciones de tipo informativo que se realizan, pero señala que una gran parte de los recursos se están destinando a acciones cuyo alcance preventivo es muy limitado y a la necesidad de evaluar su eficacia, dado el riesgo de efectos contrapreventivos que pueda tener.

Por su parte, que 2 de cada 3 profesionales estén implementando programas preventivos no evaluados sugiere la coexistencia de un modelo preventivo (minoritario) frente a un modelo pseudopreventivo. A este respecto, pueden contemplarse diversas acciones para incrementar la implementación de programas preventivos eficaces, potenciando el papel del Portal de Buenas Prácticas en Reducción de la Demanda de Drogas y Adicciones como referente de los procesos de formación, buenas prácticas y evaluación:

1. Ofrecer asesoramiento a la implementación de programas preventivos a profesionales y entidades sobre los programas preventivos existentes que se han demostrado eficaces, así como a las condiciones en cómo deben ser implementados.
2. Ofrecer asesoramiento a la evaluación de programas preventivos a profesionales y entidades sobre cómo realizar la evaluación de proceso y/o resultados de los programas preventivos que implementen.
3. Disponer de un catálogo de asesores para la implementación y evaluación de programas preventivos. Esto facilitaría disponer de profesionales de experiencia contrastada que puedan ser contratados por las entidades para la evaluación de los programas preventivos (inclusive contando con un apartado específico para ello en las convocatorias de subvención). Este catálogo puede incorporar tanto a profesionales como a grupos o centros de investigación.
4. Fomentar la acreditación de programas preventivos con evaluación de su eficacia. Las acciones a desarrollar pueden contemplar: a) la financiación de programas preventivos bajo el requisito de ser evaluados; y b) supeditar la financiación pública a la implementación únicamente de programas evaluados que hayan demostrado su eficacia.
5. Incrementar la oferta formativa orientada a conocer los programas preventivos eficaces, sus características, condiciones de aplicación, y la relevancia de la evaluación de proceso y resultados como factores clave de la sostenibilidad de dichos programas.

Evidentemente, para llevar a cabo estas acciones de asesoramiento y formación se requiere de profesionales debidamente cualificados, con un perfil definido y experiencia contrastada en ambas áreas de actuación.

En relación a las tareas desarrolladas en el área de implementación de detección e intervención en prevención de adicciones (Tabla 27; Figura 33), señalan trabajar el 80,7% (n = 503) de los y las profesionales encuestados. Entre estos, se observa que prácticamente la mitad realizan detección precoz (50,9%) y consejo breve (48%); también 4 de cada 10 señalan desarrollar tareas de atención primaria (42,7%). El desarrollo de intervenciones online es todavía minoritario (14,4%). En la opción "Otro" se informa de

RESULTADOS

tareas en población selectiva e indicada, tales como elaboración de protocolos de detección precoz, acompañamiento a usuarios y familias, menores en riesgo, talleres grupales a población selectiva, intervenciones en ocio nocturno, medidas de reducción del riesgo o el daño o acciones comunitarias en zonas de exclusión social.

Respecto a las tareas desarrolladas en el área de intervenciones psicosociales y educativas (Tabla 28; Figura 34), señalan trabajar el 74% (n = 461) de los y las profesionales encuestados. Entre estos, se observa que el acompañamiento psicosocial es mayoritario (53%) frente al resto de acciones; seguido por la animación sociocultural y/u ocio alternativo (34,2%); el apoyo a la inserción socio-laboral (25,7%); y la actividad física y deporte (18,5%).

Tabla 27. Tareas desarrolladas en el área de detección e intervención en prevención de adicciones (n = 503)

	% (n)		% (n)
Detección precoz	50,9 (317)	Intervenciones online	14,4 (90)
Consejo breve	48,0 (299)	Otro	7,2 (45)
Atención primaria en adicciones	42,7 (266)		

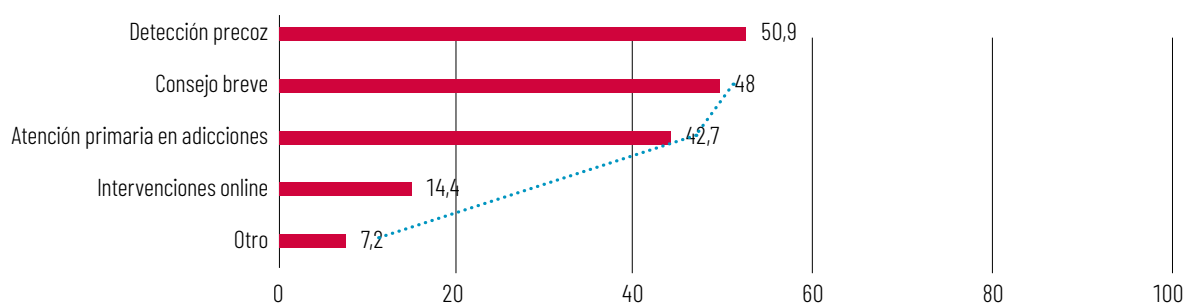
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 28. Tareas desarrolladas en el área de intervenciones psicosociales y educativas (n = 461)

	% (n)		% (n)
Acompañamiento psicosocial	53 (330)	Actividad física y deporte	18,5 (115)
Asesoramiento jurídico-legal	6,4 (40)	Animación sociocultural/Ocio alternativo	34,2 (213)
Apoyo la inserción socio-laboral	25,7 (160)	Otro	5,3 (33)

Fuente: Elaboración propia.

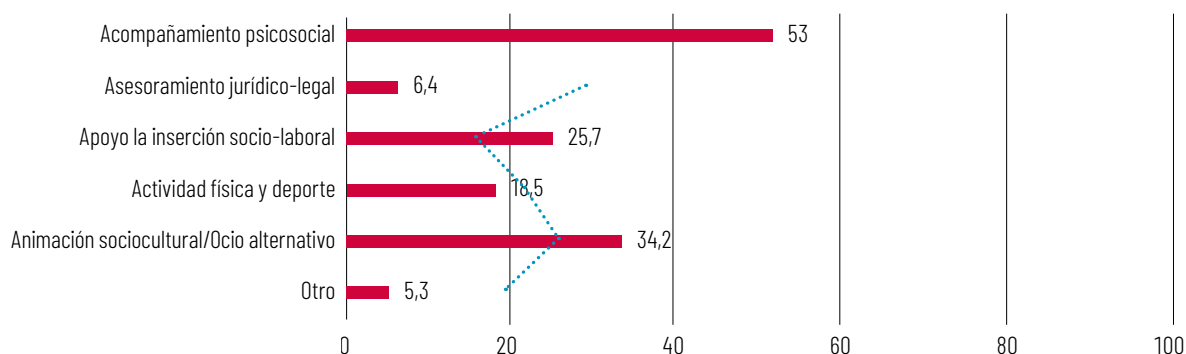
Figura 33. Tareas desarrolladas en el área de detección e intervención en prevención de adicciones (%) (n = 503)



Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Figura 34. Tareas desarrolladas en el área de intervenciones psicosociales y educativas (%) (n = 461)



Fuente: Elaboración propia.

Los y las profesionales de la prevención de adicciones desarrollan acciones de detección precoz y consejo breve que pueden ser muy útiles en determinados contextos, pero que deben ser contempladas en un marco de actuación mayor, derivando a programas de prevención selectiva e indicada a quienes precisen de este tipo de intervenciones. En este sentido, se recomienda desarrollar a nivel municipal plataformas de coordinación entre los distintos dispositivos sanitarios y otros agentes sociales implicados en la prevención (p.e., centros escolares, asociaciones y entidades del Tercer Sector), que incorporen y articulen protocolos de detección precoz e itinerarios de derivación, así como de consejo breve, según a quién corresponda realizar dicha intervención.

Por su parte, las intervenciones psicosociales y educativas desarrolladas pueden ser de interés en determinados contextos y con determinadas poblaciones, pero deben estar debidamente justificadas. Asimismo, no deben considerarse sustitutas de otro tipo de intervenciones (p.e. programas de prevención escolar o familiar, medidas de prevención ambiental, consejo breve, etc.) con mayor respaldo empírico, y debe ser evaluada su eficacia para determinar la conveniencia o no de su continuidad, o del ajuste de estas. Hay evidencia que determina que las acciones de ocio alternativo, actividad física y deporte deben contextualizarse debidamente en un marco preventivo. Algunas experiencias señalan que incluso pueden tener efectos contrapreventivos según cómo se planteen, especialmente cuando son implementadas por personas sin conocimientos preventivos, cuando su actuación no está asociada a objetivos preventivos, y cuando se realizan en contextos competitivos y no dirigidos por profesionales cualificados.

En relación a las tareas y funciones desempeñadas por los y las profesionales, en términos generales se observa que un porcentaje elevado realiza múltiples tareas. Este hecho sugiere que una parte importante de estos acaba asumiendo entre sus tareas una amalgama de actuaciones que van desde la planificación, gestión, implementación y formación, entre otras. Esto puede tener una interpretación positiva, señalando que los y las profesionales están altamente capacitados y comprometidos con las distintas fases de desarrollo de las intervenciones preventivas; así como cualificados para el desempeño de múltiples tareas. Sin embargo, también puede hacerse una interpretación menos favorable, a tenor de las siguientes consideraciones:

RESULTADOS

1. Las intervenciones se estructuran mayoritariamente sobre el trabajo de un único profesional. A este respecto, habría que considerar el volumen de intervenciones y la carga de trabajo que supone cada una de ellas, estimando si ello supone una sobrecarga laboral que afecte tanto al bienestar del profesional como a la calidad y sostenibilidad de las intervenciones.
2. Sobrecarga de funciones y tareas. De ser así, podría ser la consecuencia de una falta de recursos humanos que permita la debida distribución de funciones y tareas, asegurando su debido desarrollo y calidad en los procesos y acciones asociadas. También puede ser consecuencia de una falta de delimitación de funciones y tareas en los distintos puestos laborales, conllevando a que "todo el mundo haga de todo".
3. Falta de financiación suficiente para el adecuado funcionamiento de los servicios y desarrollo de las acciones preventivas. Esta cuestión supone en sí misma una causa de los aspectos señalados previamente, conllevando una sobrecarga de funciones y tareas sobre los y las profesionales que deben afrontar el desarrollo de las intervenciones preventivas con infradotación de recursos humanos.

En todos los supuestos anteriormente referidos existiría una circunstancia de precarización laboral y, en consecuencia, un riesgo de que los y las profesionales desarrollen el síndrome de quemarse en el trabajo (*burnout*).

4.5

Ámbitos, poblaciones y niveles de la intervención preventiva

Las problemáticas abordadas por los y las profesionales de la prevención de adicciones abarcan tanto las adicciones con sustancia como sin sustancia. La distribución con que estas problemáticas son atendidas bastante o mayoritariamente se corresponde con: a) alcohol (73,5%); b) cannabis (72,4%); c) tabaco (61,9%)(especificando también cigarrillos electrónicos, vapors o cachimbos); d) uso indebido o problemático de Internet (52,5%); e) uso indebido o problemático del móvil (51,9%); f) uso problemático o adicción a videojuegos (offline/online) (48,1%); g) otras drogas ilegales (41,9%)(incluyéndose bebidas energéticas aun siendo éstas legales); h) juego patológico (offline/online) (41,3%); e, i) psicofármacos (33,7%).

Tabla 29. Problemáticas en las que desarrolla su trabajo en prevención en adicciones

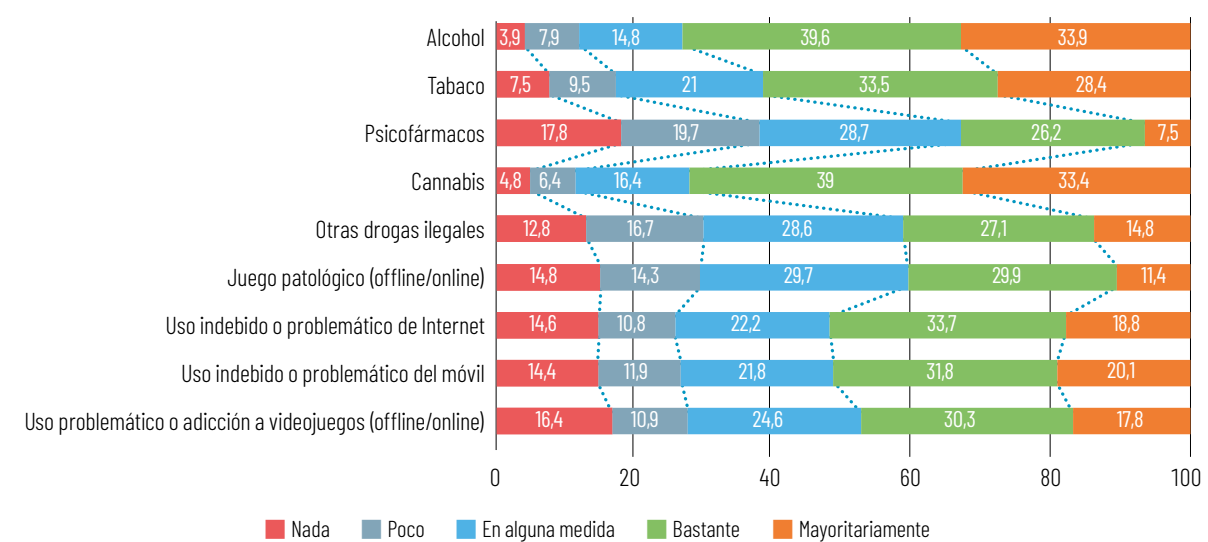
	Nada % (n)	Poco % (n)	En alguna medida % (n)	Bastante % (n)	Mayoritariamente % (n)
Alcohol	3,9 (24)	7,9 (49)	14,8 (92)	39,6 (247)	33,9 (211)
Tabaco	7,5 (47)	9,5 (59)	21,0 (131)	33,5 (209)	28,4 (177)
Psicofármacos	17,8 (111)	19,7 (123)	28,7 (179)	26,2 (163)	7,5 (47)
Cannabis	4,8 (30)	6,4 (40)	16,4 (102)	39,0 (243)	33,4 (208)

RESULTADOS

	Nada % (n)	Poco % (n)	En alguna medida % (n)	Bastante % (n)	Mayoritariamente % (n)
Otras drogas ilegales	12,8 (80)	16,7 (104)	28,6 (178)	27,1 (169)	14,8 (92)
Juego patológico (offline/online)	14,8 (92)	14,3 (89)	29,7 (185)	29,9 (186)	11,4 (71)
Uso indebido/problemático de Internet	14,6 (91)	10,8 (67)	22,2 (138)	33,7 (210)	18,8 (117)
Uso indebido/problemático del móvil	14,4 (90)	11,9 (74)	21,8 (136)	31,8 (198)	20,1 (125)
Uso problemático o adicción a videojuegos (offline/online)	16,4 (102)	10,9 (68)	24,6 (153)	30,3 (189)	17,8 (111)

Fuente: Elaboración propia.

Figura 35. Problemáticas en las que desarrolla su trabajo en prevención en adicciones (%)



Fuente: Elaboración propia.

Se evidencia una mayor atención a las sustancias de mayor prevalencia de consumo (alcohol, tabaco, cannabis), según los estudios epidemiológicos ESTUDES y EDADES, aunque es destacable que la atención prestada al cannabis es superior a la del tabaco a pesar de ser inferior su prevalencia en los citados estudios. De ello se concluye que el cannabis está adquiriendo una mayor relevancia en la atención por parte de profesionales de prevención, lo que conlleva algunas posibles acciones:

1. Diseño, evaluación y acreditación de programas preventivos específicamente orientados al consumo de cannabis. Además de programas de prevención universal que puedan abordar el consumo de alcohol, tabaco y cannabis (por separado o conjuntamente), es necesario disponer de programas eficaces de prevención selectiva e indicada para cannabis.
2. Establecer currículums formativos específicos para la prevención del consumo de cannabis, o que contemplen suficientemente aspectos preventivos del consumo de esta sustancia (evidencias, políticas, cambios legales, papel del profesional, etc.).

RESULTADOS

Las recomendaciones anteriores respecto a la prevención del consumo de cannabis no sustituyen a las acciones preventivas del resto de sustancias, simplemente señalan que los esfuerzos preventivos se están orientando a esta sustancia y ello puede requerir de algunas consideraciones adicionales.

Otro hallazgo relevante se refiere a la prevención del consumo de psicofármacos. Tratándose de una sustancia que se sitúa entre las de mayor prevalencia de consumo en los estudios epidemiológicos, aparece en último lugar de atención por parte de los y las profesionales. Esto puede tener varias interpretaciones. Una de ellas puede ser la baja percepción de riesgo que se tiene por parte de la población, pero también por parte de los profesionales, respecto a los psicofármacos. Otra puede ser la baja demanda de atención respecto a problemáticas asociadas a su consumo, a pesar de que este genere problemas de diversa índole. A este respecto, sería conveniente impulsar acciones orientadas a:

1. Visibilizar el potencial riesgo de los psicofármacos entre la población y los profesionales de prevención.
2. Diseño, evaluación y acreditación de programas preventivos específicamente orientados al consumo de psicofármacos.
3. Establecer currículums formativos específicos para la prevención del consumo de psicofármacos, o que contemplen suficientemente aspectos preventivos del consumo de esta sustancia.

Por otra parte, se observa que las adicciones sin sustancia han adquirido un papel predominante en la atención por parte de los y las profesionales, por delante del consumo de otras sustancias. El uso indebido o problemático de Internet, del móvil y los videojuegos se configuran como problemáticas destinatarias de intervención por parte de la mitad de los profesionales de prevención de adicciones. Este hecho, al igual que se ha señalado en relación al cannabis o los psicofármacos, sugiere impulsar diversas acciones:

1. Diseño, evaluación y acreditación de programas preventivos específicamente orientados estas adicciones sin sustancia. Además de programas de prevención universal que puedan abordar todas ellas, incluido el juego patológico (por separado o conjuntamente), es necesario disponer de programas eficaces de prevención selectiva e indicada para cada una de estas problemáticas comportamentales. El abordaje de estas no necesariamente es el mismo, por lo que se precisa de estudios de eficacia de manera desagregada para cada una de ellas.
2. Establecer currículums formativos específicos para la prevención de estas problemáticas comportamentales (incluyendo trastorno por juego o trastorno de juego por internet).

Las poblaciones destinatarias de las intervenciones desarrolladas por los y las profesionales de la prevención de adicciones son diversas (Tabla 30; Figura 36), aunque destacan algunas como principales beneficiarias. La distribución con que estas poblaciones son atendidas bastante o mayoritariamente se corresponde con: a) adolescencia/Juventud (66,8%); b) personas adultas (58,5%); c) profesionales del ámbito socioeducativo (46,3%); d) asociaciones civiles implicadas como agentes sociales en prevención (44%); e) personas en Exclusión Social (35%); f) infantil (30,7%); g) personas con trastorno mental y/o patología orgánica relacionada con una problemática adictiva (con o sin sustancia) (28,4%); h) profesionales del ámbito sanitario (28,4%); i) menores infractores (25,1%); j) mujeres con carácter general o específico (p.e., embarazadas) (20%); k) personas mayores (+65) (17%); l) migrantes (12,7%); m) personas privadas de libertad (10,1%). En el resto de poblaciones es inferior al 8%.

RESULTADOS

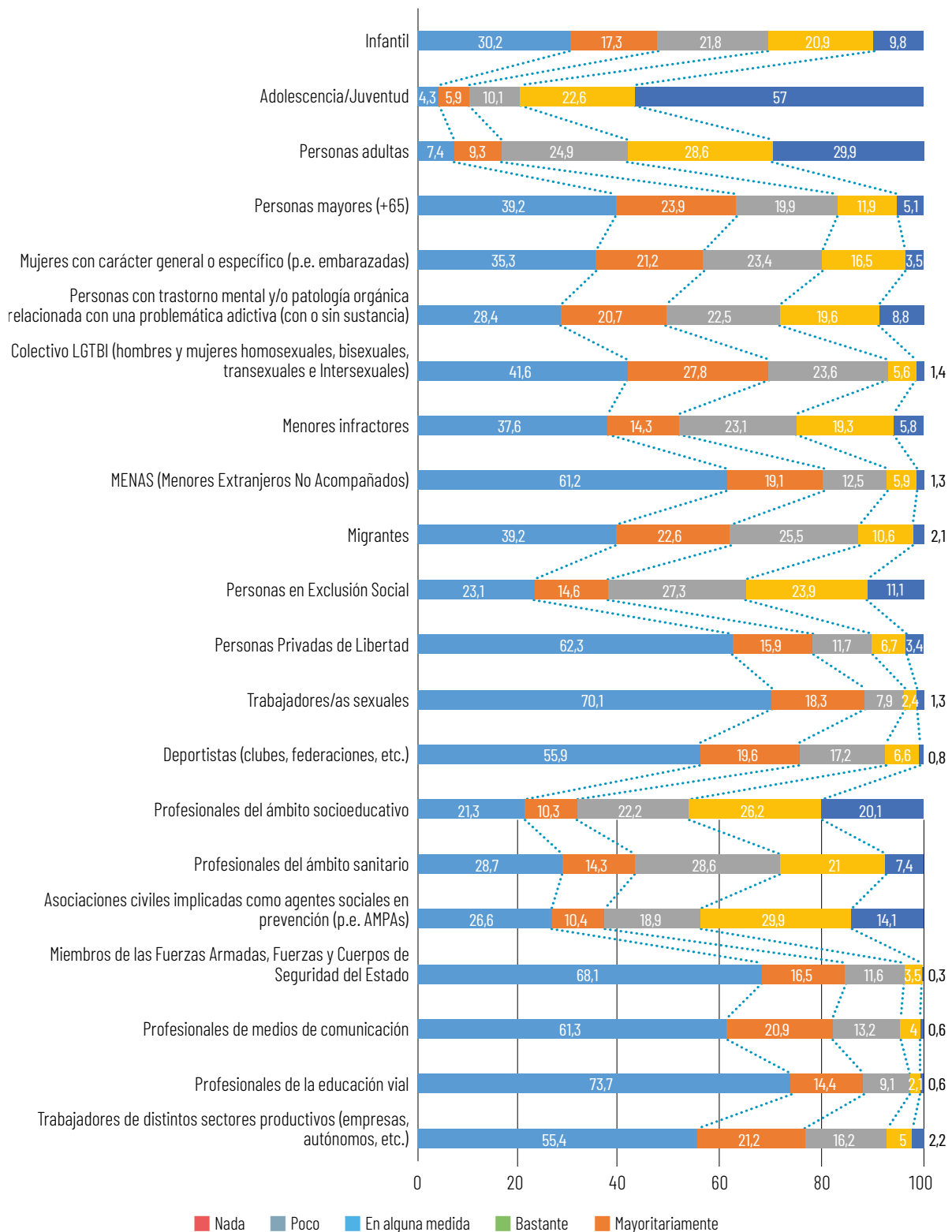
Tabla 30. Poblaciones destinatarias de las intervenciones preventivas en adicciones

	Nada % (n)	Poco % (n)	En alguna medida % (n)	Bastante % (n)	Mayoritariamente % (n)
Infantil	30,2 (188)	17,3 (108)	21,8 (136)	20,9 (130)	9,8 (61)
Adolescencia/Juventud	4,3 (27)	5,9 (37)	10,1 (63)	22,6 (141)	57,0 (355)
Personas adultas	7,4 (46)	9,3 (58)	24,9 (155)	28,6 (178)	29,9 (186)
Personas mayores (+65)	39,2 (244)	23,9 (149)	19,9 (124)	11,9 (74)	5,1 (32)
Mujeres con carácter general o específico (p.e., embarazadas)	35,3 (220)	21,2 (132)	23,4 (146)	16,5 (103)	3,5 (22)
Personas con trastorno mental y/o patología orgánica relacionada con una problemática adictiva (con o sin sustancia)	28,4 (177)	20,7 (129)	22,5 (140)	19,6 (122)	8,8 (55)
Colectivo LGTBI (hombres y mujeres homosexuales, bisexuales, transexuales e Intersexuales)	41,6 (259)	27,8 (173)	23,6 (147)	5,6 (35)	1,4 (9)
Menores infractores	37,6 (234)	14,3 (89)	23,1 (144)	19,3 (120)	5,8 (36)
MENAS (Menores Extranjeros No Acompañados)	61,2 (381)	19,1 (119)	12,5 (78)	5,9 (37)	1,3 (8)
Migrantes	39,2 (244)	22,6 (141)	25,5 (159)	10,6 (66)	2,1 (13)
Personas en Exclusión Social	23,1 (144)	14,6 (91)	27,3 (170)	23,9 (149)	11,1 (69)
Personas Privadas de Libertad	62,3 (388)	15,9 (99)	11,7 (73)	6,7 (42)	3,4 (21)
Trabajadores/as sexuales	70,1 (437)	18,3 (114)	7,9 (49)	2,4 (15)	1,3 (8)
Deportistas (clubes, federaciones, etc.)	55,9 (348)	19,6 (122)	17,2 (107)	6,6 (41)	0,8 (5)
Profesionales del ámbito socioeducativo	21,3 (133)	10,3 (64)	22,2 (138)	26,2 (163)	20,1 (125)
Profesionales del ámbito sanitario	28,7 (179)	14,3 (89)	28,6 (178)	21,0 (131)	7,4 (46)
Asociaciones civiles implicadas como agentes sociales en prevención	26,6 (166)	10,4 (65)	18,9 (118)	29,9 (186)	14,1 (88)
Miembros de las Fuerzas Armadas, y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado	68,1 (424)	16,5 (103)	11,6 (72)	3,5 (22)	0,3 (2)
Profesionales de medios de comunicación	61,3 (382)	20,9 (130)	13,2 (82)	4,0 (25)	0,6 (4)
Profesionales de la educación vial	73,7 (459)	14,4 (90)	9,1 (57)	2,1 (13)	0,6 (4)
Trabajadores de distintos sectores productivos (empresas, autónomos)	55,4 (345)	21,2 (132)	16,2 (101)	5,0 (31)	2,2 (14)

Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Figura 36. Poblaciones destinatarias de las intervenciones preventivas en adicciones (%)



Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Aproximadamente, 6 de cada 10 profesionales desarrollan su labor preventiva sobre adolescentes, jóvenes y personas adultas como poblaciones destinatarias. Este hecho denota que se trabaja mayoritariamente sobre población general a través de estos dos grandes sectores poblacionales.

El hecho de que entre 4-5 de cada 10 profesionales desarrollen su labor con otros profesionales del ámbito socioeducativo (46,3%) y asociaciones civiles implicadas como agentes sociales en prevención (44%), es un hecho que debe analizarse en mayor profundidad. Esto puede interpretarse como que estas poblaciones son mayormente destinatarias de acciones formativas e informativas. De ser así, sería conveniente una reflexión sobre el papel de estos sectores poblacionales en la prevención de adicciones, así como el desarrollo de estudios de coste/eficiencia en relación a la cantidad de recursos preventivos de los que son beneficiarios y lo que aportan asimismo a la prevención de adicciones.

Esto mismo es aplicable a los profesionales del ámbito sanitario (28,4%) como beneficiarios de las acciones preventivas, sobre todo a tenor de la baja representatividad que tienen en el Censo de Profesionales de la Prevención de Adicciones y en el presente estudio. Esto no sugiere que su papel no sea relevante o realicen aportaciones pero sí que, comparativamente, con otros sectores profesionales su aportación a la prevención de adicciones pueda ser menor (no así para el caso de intervenciones más orientadas al tratamiento y rehabilitación).

Respecto al resto de poblaciones destinatarias de las intervenciones preventivas, es comprensible que su atención es porcentualmente menor en la medida en que se trata de colectivos específicos con menor representatividad poblacional. Sin embargo, algunos colectivos como pueden ser las personas menores de edad infractoras y otras especialmente vulnerabilizadas (inmigrantes, residentes en Centros de Internamiento de Extranjeros, etc.), pueden precisar de una mayor atención a través del fomento de programas de prevención selectiva e indicada.

Los ámbitos en los que se enmarcan las intervenciones desarrolladas por los y las profesionales de la prevención de adicciones son diversos, aunque destacan algunos como principales ámbitos de actuación. La distribución en las que se desarrollan las acciones preventivas en cada ámbito bastante o mayoritariamente se corresponde con: a) escolar (69,8%); b) familiar (68,2%); c) comunitario (66,7%); d) colectivos vulnerables o en riesgo (46,8%); e) reducción de riesgos/daño (41,6%); f) Salud Pública (información y vigilancia epidemiológica, promoción de la salud y prevención desde centros sanitarios) (34,7%); g) laboral (15,7%); y, h) medios de comunicación (15,1%).

Tabla 31. Ámbitos en los que se enmarcan las intervenciones preventivas en adicciones

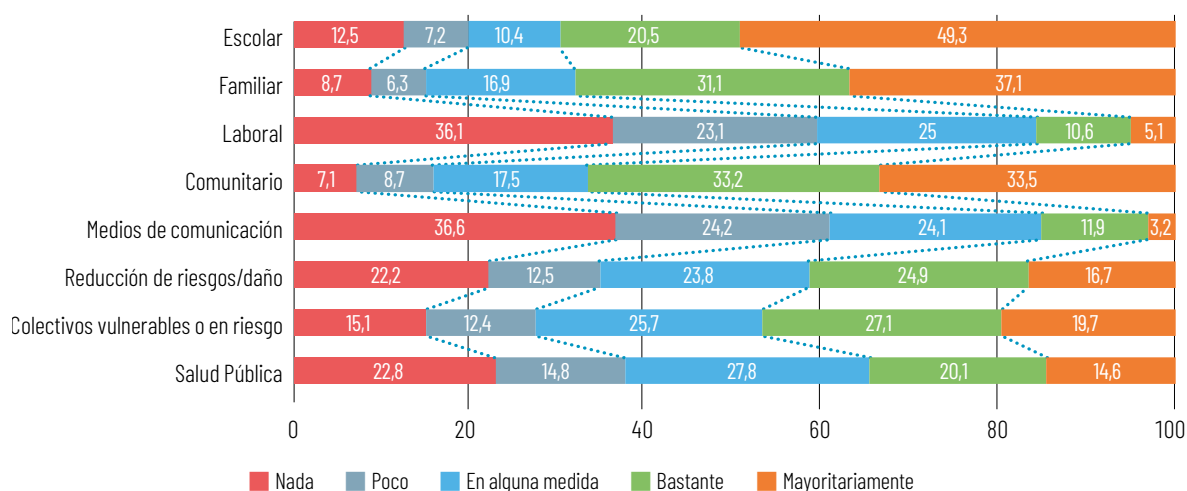
	Nada % (n)	Poco % (n)	En alguna medida % (n)	Bastante % (n)	Mayoritariamente % (n)
Escolar	12,5 (78)	7,2 (45)	10,4 (65)	20,5 (128)	49,3 (307)
Familiar	8,7 (54)	6,3 (39)	16,9 (105)	31,1 (194)	37,1 (231)
Laboral	36,1 (225)	23,1 (144)	25,0 (156)	10,6 (66)	5,1 (32)
Comunitario	7,1 (44)	8,7 (54)	17,5 (109)	33,2 (207)	33,5 (209)
Medios de comunicación	36,6 (228)	24,2 (151)	24,1 (150)	11,9 (74)	3,2 (20)

RESULTADOS

	Nada % (n)	Poco % (n)	En alguna medida % (n)	Bastante % (n)	Mayoritariamente % (n)
Reducción de riesgos/daño	22,2 (138)	12,5 (78)	23,8 (148)	24,9 (155)	16,7 (104)
Colectivos vulnerables o en riesgo	15,1 (94)	12,4 (77)	25,7 (160)	27,1 (169)	19,7 (123)
Salud Pública	22,8 (142)	14,8 (92)	27,8 (173)	20,1 (125)	14,6 (91)

Fuente: Elaboración propia.

Figura 37. Ámbitos en los que se enmarcan las intervenciones preventivas en adicciones (%)



Fuente: Elaboración propia.

Los principales ámbitos de actuación en prevención de adicciones son el escolar, familiar y comunitario, correspondiendo a actuaciones de 7 de cada 10 profesionales de la prevención. En menor medida, entre 3-4 profesionales de cada 10 desarrollan su actuación preventiva con colectivos vulnerables, en reducción de riesgos y daños, o en Salud Pública (información y vigilancia epidemiológica, promoción de la salud y prevención desde centros sanitarios). De manera minoritaria desarrollan sus actuaciones en el ámbito laboral o en medios de comunicación. Esta distribución es coherente con las líneas prioritarias establecidas en el vigente Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024. De estos resultados pueden establecerse algunas consideraciones, como la revisión de los recursos humanos y financieros destinados al desarrollo de la prevención de adicciones en cada uno de los citados ámbitos de actuación.

Considerando los distintos niveles de prevención en los que los y las profesionales informan que desarrollan las intervenciones preventivas, la prevención universal es la más ampliamente extendida (68,9%); seguida de la prevención selectiva (57,1%); la prevención indicada (45,6%); y la prevención ambiental (26,0%).

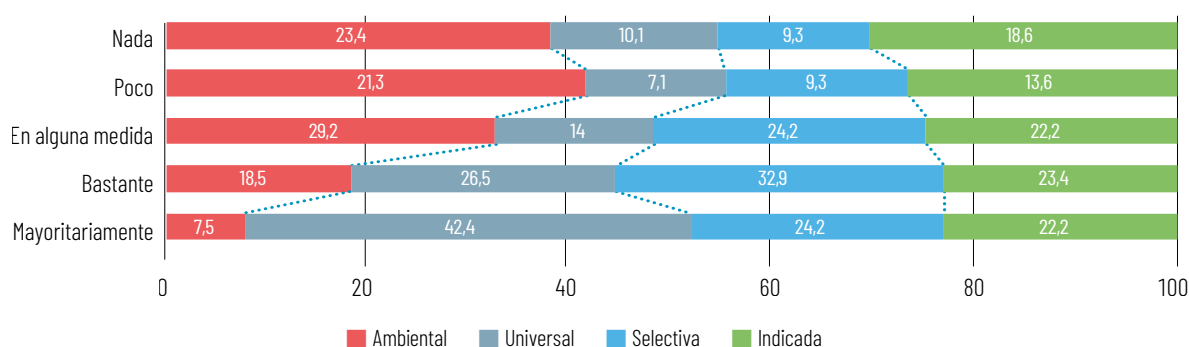
RESULTADOS

Tabla 32. Niveles de prevención en los que se desarrollan las intervenciones

	Nada % (n)	Poco % (n)	En alguna medida % (n)	Bastante % (n)	Mayoritariamente % (n)
Ambiental	23,4 (146)	21,3 (133)	29,2 (182)	18,5 (115)	7,5 (47)
Universal	10,1 (63)	7,1 (44)	14,0 (87)	26,5 (165)	42,4 (264)
Selectiva	9,3 (58)	9,3 (58)	24,2 (151)	32,9 (205)	24,2 (151)
Indicada	18,6 (116)	13,6 (85)	22,2 (138)	23,4 (146)	22,2 (138)

Fuente: Elaboración propia.

Figura 38. Niveles de prevención en los que se desarrollan las intervenciones (%)



Fuente: Elaboración propia.

La prevención universal es la más ampliamente extendida, algo que se corresponde con la evidencia existente respecto a las características y poblaciones destinatarias de los programas preventivos. Sin embargo, sorprende el elevado porcentaje de profesionales que refieren desarrollar acciones de prevención selectiva e indicada, especialmente esta última, ya que el tipo de intervenciones que se requiere con la población destinataria se aproximan al ámbito clínico, paso previo al tratamiento. Este dato sugiere un análisis más exhaustivo de qué tipo de intervenciones y con qué poblaciones se desarrollan dichas acciones de prevención selectiva e indicada. Por su parte, la prevención ambiental, aunque es la que menos aplicación presenta, es desarrollada por el 25% de profesionales.

4.6

Evidencia científica, buenas prácticas y criterios de calidad incorporados a la intervención preventiva

En relación al conocimiento y uso de los principales portales de evidencia científica en prevención de adicciones (Tabla 33; Figura 39), entre el 40-60% de los profesionales no los conocen; y en torno al 20%

RESULTADOS

los conocen, pero no los utilizan. El uso frecuente es bastante limitado, en torno al 10% de los y las profesionales.

Respecto al conocimiento y uso de los principales portales de buenas prácticas en prevención de adicciones (Tabla 34; Figura 40), sucede algo similar. A nivel nacional, el portal de Buenas Prácticas (BBPP) y el de Prevención Basada en la Evidencia son más conocidos, aunque en torno al 25% de los y las profesionales refieren no conocerlos, y un porcentaje similar refiere conocerlo pero no utilizarlos. Respecto a los portales europeos, el porcentaje de profesionales que no los conoce asciende al 60-70%, situándose alrededor del 20% quienes los conocen pero no los utilizan. Por el contrario, alrededor del 15% de los y las profesionales utilizan con frecuencia los portales españoles; mientras que menos del 6% utiliza los portales europeos.

Tabla 33. Conocimiento/utilización de portales de evidencia científica en prevención de adicciones

	No lo conozco % (n)	Lo conozco, pero no lo utilizo % (n)	Lo he utilizado alguna vez % (n)	Suelo utilizarlo con frecuencia % (n)
EUDA	40,1 (250)	20,9 (130)	24,9 (155)	14,1 (88)
Cochrane Library	50,2 (313)	19,7 (123)	18,5 (115)	11,6 (72)
EUSPR	57,8 (360)	25,4 (158)	14,0 (87)	2,9 (18)
CENDOCU/DGPNSD	51,8 (323)	18,1 (113)	19,4 (121)	10,6 (66)
IREFREA	46,9 (292)	23,3 (145)	22,2 (138)	7,7 (48)

Fuente: Elaboración propia.

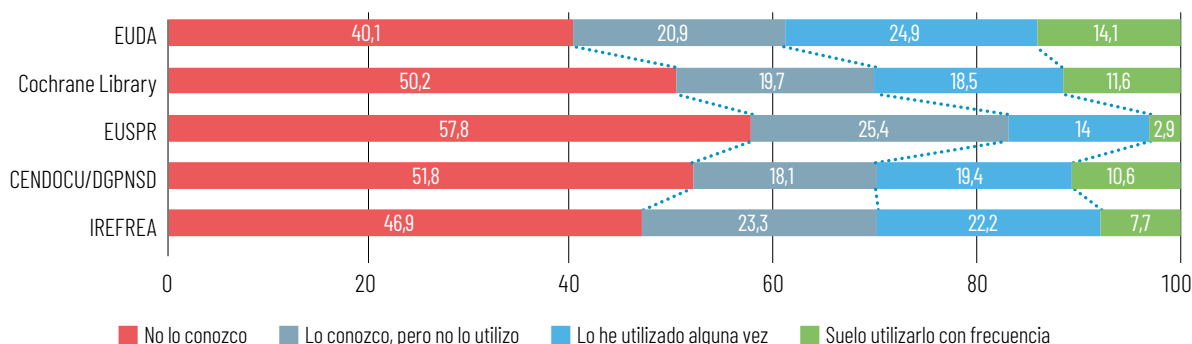
Tabla 34. Conocimiento/utilización de portales de buenas prácticas en prevención de adicciones

	No lo conozco % (n)	Lo conozco, pero no lo utilizo % (n)	Lo he utilizado alguna vez % (n)	Suelo utilizarlo con frecuencia % (n)
XCHANGE	61,2 (381)	20,9 (130)	14,0 (87)	4,0 (25)
BLUEPRINTS	71,7 (447)	20,1 (125)	7,1 (44)	1,1 (7)
EDDRA	54,7 (341)	22,0 (137)	17,5 (109)	5,8 (36)
Portal de Buenas Prácticas (BBPP)	28,4 (177)	23,0 (143)	35,2 (219)	13,5 (84)
Prevención Basada en la Evidencia	24,9 (155)	20,7 (129)	36,6 (228)	17,8 (111)

Fuente: Elaboración propia.

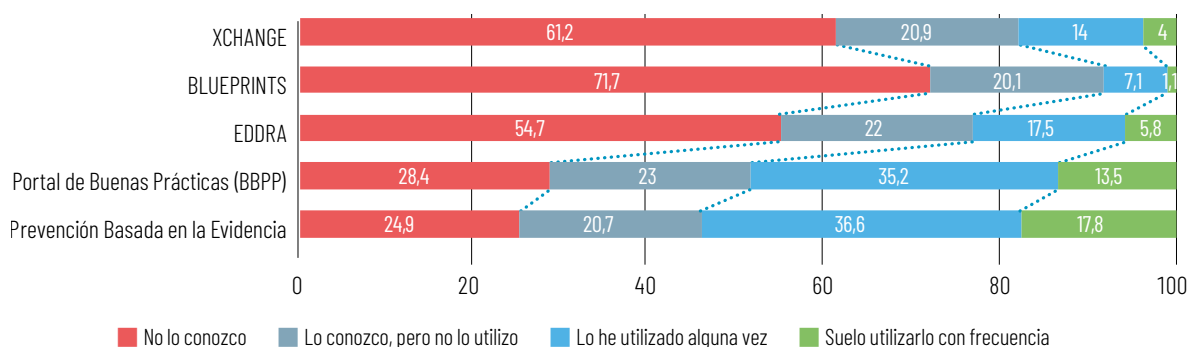
RESULTADOS

Figura 39. Conocimiento/utilización de portales de evidencia científica en prevención de adicciones (%)



Fuente: Elaboración propia.

Figura 40. Conocimiento/utilización de portales de buenas prácticas en prevención de adicciones (%)



Fuente: Elaboración propia.

Se evidencia el bajo conocimiento y uso que hace gran parte de los y las profesionales de los portales de evidencia científica y buenas prácticas en prevención de adicciones. Y, entre quienes los conocen, su uso no es muy frecuente. En consecuencia, se puede concluir que la difusión de la existencia de estos portales entre los profesionales de prevención es deficitaria; y, asimismo, el uso de estos no está extendida entre quienes los conocen. A este respecto, se pueden considerar algunas acciones:

1. Potenciar la visibilidad e información sobre los portales de evidencia científica y buenas prácticas entre los y las profesionales de prevención de adicciones.
2. Desarrollar formaciones relacionadas con el uso y la transferencia de conocimiento que ofrecen estos portales al ámbito aplicado.
3. Realizar un estudio sobre motivaciones de uso, dificultades de uso y percepción de utilidad de estos portales, en aras de detectar cómo mejorarlos y facilitar la transferencia al ámbito aplicado.

En relación al conocimiento y uso de los principales estándares y criterios de calidad en prevención de adicciones (Tabla 35; Figura 41), sucede lo mismo que con los portales de evidencia científica y buenas prácticas: una parte importante de profesionales de prevención de las adicciones no los conocen o no los utilizan. Entre los estándares y criterios de calidad más conocidos y que mayormente se usan se encuentran los vinculados al portal de prevención basada en la evidencia (el 72,2% los conoce, pero sólo

RESULTADOS

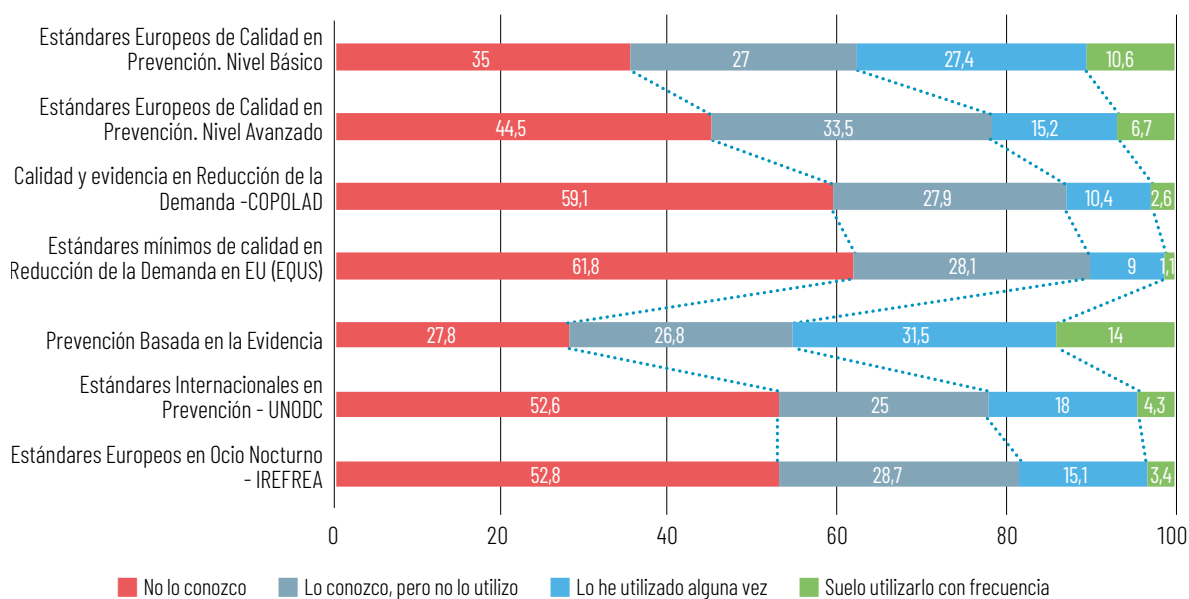
el 14% los utiliza frecuentemente) y los Estándares Europeos de Calidad en Prevención, nivel básico (el 65% los conoce, pero sólo el 10,6% los utiliza frecuentemente). En relación con el resto de estándares y criterios de calidad en prevención de adicciones, más de la mitad de profesionales no los conocen, y alrededor del 30% de quienes los conocen no los utilizan.

Tabla 35. Conocimiento/utilización de estándares o criterios de calidad en prevención de adicciones

	No los conozco % (n)	Los conozco, pero no los utilizo % (n)	Los he utilizado alguna vez % (n)	Suelo utilizarlos con frecuencia % (n)
Estándares Europeos de Calidad en Prevención. Nivel Básico	35,0 (218)	27,0 (218)	27,4 (171)	10,6 (66)
Estándares Europeos de Calidad en Prevención. Nivel Avanzado	44,5 (277)	33,5 (209)	15,2 (95)	6,7 (42)
Calidad y evidencia en Reducción de la Demanda -COPOLAD	59,1 (368)	27,9 (174)	10,4 (65)	2,6 (16)
Estándares mínimos de calidad en Reducción de la Demanda en EU (EQUUS)	61,8 (385)	28,1 (175)	9,0 (56)	1,1 (7)
Prevención Basada en la Evidencia	27,8 (173)	26,8 (167)	31,5 (196)	14,0 (87)
Estándares Internacionales en Prevención - UNODC	52,6 (328)	25,0 (156)	18,0 (112)	4,3 (27)
Estándares Europeos en Ocio Nocturno - IREFREA	52,8 (329)	28,7 (179)	15,1 (94)	3,4 (21)

Fuente: Elaboración propia.

Figura 41. Conocimiento/utilización de estándares o criterios de calidad en prevención de adicciones (%)



Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Se evidencia el bajo conocimiento y uso de los estándares y criterios de calidad en prevención de adicciones por parte de los y las profesionales. Entre quiénes los conocen, su uso no es muy frecuente. Se puede concluir que su difusión entre profesionales es deficitaria y, en consecuencia, su aplicación no puede extenderse. A este respecto, se pueden considerar algunas acciones:

1. Potenciar la visibilidad e información sobre los estándares y criterios de calidad de prevención de adicciones entre los y las profesionales.
2. Ampliar la oferta y frecuencia formativa desarrollada en el Portal de Buenas Prácticas y en otros foros relacionadas con la relevancia y transferencia de estos estándares y criterios de calidad al ámbito aplicado.
3. Realizar estudios sobre el grado de su incorporación a las distintas modalidades de intervención preventiva que se desarrollan.
4. Potenciar su incorporación al desarrollo de las intervenciones preventivas a través de su baremación en las convocatorias de subvenciones públicas, tal como se viene haciendo en las de la DGPNSD.
5. Extender la aplicación de procesos de acreditación de proyectos y programas preventivos que incorporen los estándares y criterios de calidad. Estos procesos de acreditación requieren el establecimiento previo de criterios de acreditación que pueden ser desarrollados por Grupos de Expertos en la materia, impulsados a iniciativa del Plan Nacional Sobre Drogas o de las administraciones autonómicas, siendo estas últimas las encargadas de su aprobación y aplicación.

4.7

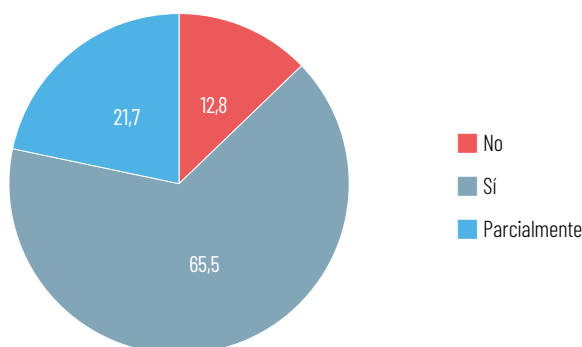
Marco de actuación de las acciones preventivas

El 65,5% (n = 408) de los profesionales encuestados señalan que su trabajo en prevención en conductas adictivas es dependiente de la financiación pública; frente al 21,7% (n = 135) que informan que es parcialmente dependiente de financiación pública; y al 12,8% (n = 80) que informan no tener financiación pública (Figura 42).

Respecto a las fuentes de financiación económica para realizar las acciones preventivas por distintas entidades, e incluso por la industria del alcohol, tabaco y/o cannabis (Tabla 36; Figura 43), los y las profesionales refieren que la mayor parte de la financiación procede de la Administración Autonómica (59,6%) y de la Administración Municipal/Local (48,6%). En menor medida las acciones preventivas reciben financiación por parte de la Administración Estatal (18,8%) o por organismo internacionales (5,4%). Las acciones preventivas también son financiadas con fondos propios de las entidades y/o profesionales (15,4%) o mediante fundaciones y entidades privadas (6,3%). Algunos de los y las profesionales señalan que la industria del alcohol, tabaco y/o cannabis financia parte de las acciones preventivas que desarrollan, bien directamente o a través de entidades vinculadas a la propia industria o con claros conflictos de interés (1,6%).

RESULTADOS

Figura 42. Acciones preventivas financiadas por la administración pública (%)



Fuente: Elaboración propia.

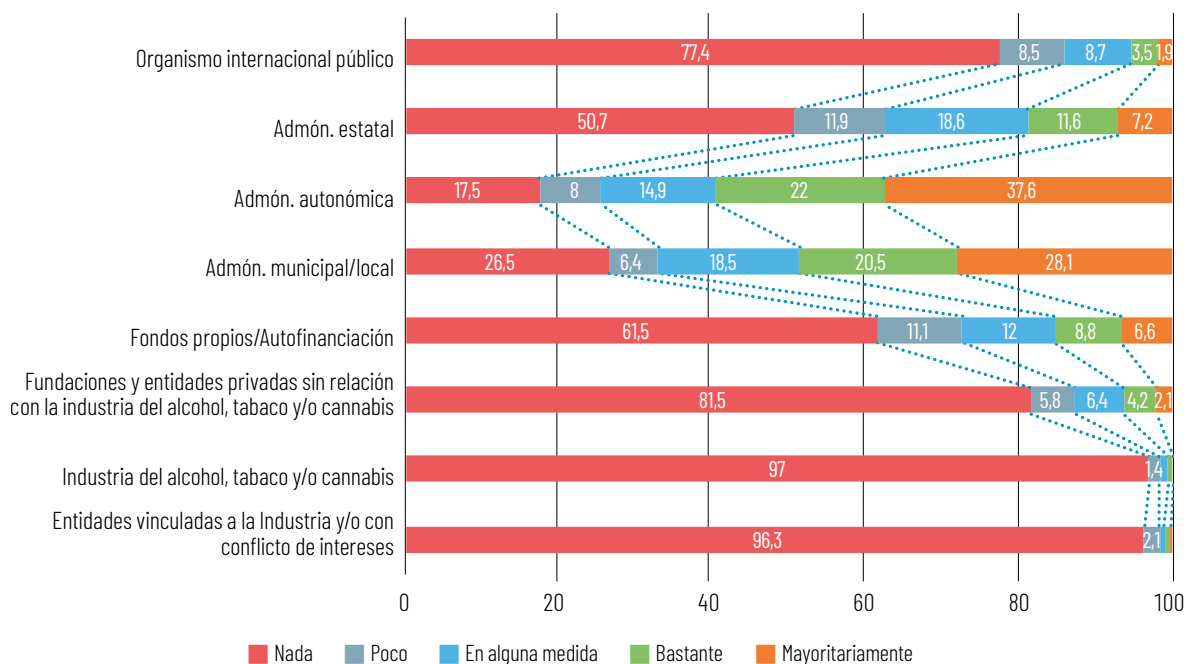
Tabla 36. Medida en que recibe financiación para realizar la labor de prevención de adicciones

	Nada % (n)	Poco % (n)	En alguna medida % (n)	Bastante % (n)	Mayoritariamente % (n)
Organismo internacional público	77,4 (482)	8,5 (53)	8,7 (54)	3,5 (22)	1,9 (12)
Administración estatal	50,7 (316)	11,9 (74)	18,6 (116)	11,6 (72)	7,2 (45)
Administración autonómica	17,5 (109)	8,0 (50)	14,9 (93)	22,0 (137)	37,6 (234)
Administración municipal/local	26,5 (165)	6,4 (40)	18,5 (115)	20,5 (128)	28,1 (175)
Fondos propios/Autofinanciación	61,5 (383)	11,1 (69)	12,0 (75)	8,8 (55)	6,6 (41)
Fundaciones y entidades privadas sin relación con la industria del alcohol, tabaco y/o cannabis	81,5 (508)	5,8 (36)	6,4 (40)	4,2 (26)	2,1 (13)
Industria del alcohol, tabaco y/o cannabis	97,0 (604)	1,4 (9)	1,0 (6)	0,6 (4)	0 (0)
Entidades vinculadas a la industria y/o con conflicto de intereses	96,3 (600)	2,1 (13)	0,6 (4)	0,8 (5)	0,2 (1)

Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Figura 43. Medida en que recibe financiación para realizar la labor de prevención de adicciones (%)



Fuente: Elaboración propia.

La principal fuente de financiación de las intervenciones preventivas en adicciones proviene de las administraciones públicas, siendo por tanto una destacada oportunidad para el desarrollo de algunas de las mejoras planteadas en el presente estudio. A este respecto, facilita la aplicación de determinadas políticas públicas y acciones orientadas hacia la profesionalización de la prevención de adicciones, la inclusión de la evidencia científica y los criterios de calidad, así como el fomento de las buenas prácticas, en los proyectos y programas subvencionados.

Sin embargo, lo anterior no sería aplicable a las acciones preventivas financiadas a través de otras vías, como fundaciones, entidades privadas o fondos propios de las organizaciones. De hecho, es importante señalar el riesgo de que la industria del alcohol, tabaco y/o cannabis y juego esté presente en los contextos preventivos a través de estrategias de captura corporativa: por ejemplo, incrementando la financiación a diversas acciones, tanto formativas como aplicadas, cuyos objetivos estén alineados con sus intereses económicos. Para contrarrestar dichas estrategias de la industria, pueden contemplarse diversas acciones:

1. Legislar de modo que se prohíba la financiación directa o indirecta de la industria del alcohol, tabaco y/o cannabis y juego de acciones bajo la categoría de "preventivas".
2. Legislar para que a las convocatorias de subvenciones públicas no puedan acceder la propia industria del alcohol, tabaco, cannabis y juego, o entidades vinculadas a estas y/o con conflicto de intereses.
3. Regular legislativamente la connivencia de las Administraciones Públicas con la industria, de manera directa o indirecta, a través del patrocinio conjunto de eventos públicos o privados. Debe prohibirse la financiación con fondos públicos de cualquier evento que reciba financiación, directa o indirectamente, por parte de la industria. O, al menos, regular la visibilidad conjunta

RESULTADOS

de la imagen corporativa de las administraciones públicas con la imagen corporativa de la industria del alcohol, el tabaco y/o el cannabis.

4. Seguir en la línea de condicionar la financiación pública de proyectos, programas y acciones preventivas a una cláusula de declaración de no haber recibido durante los últimos 5 años fondos económicos y/o de otra índole de parte de la industria, por vía directa o indirecta, y de no aceptarlos en el periodo temporal de desarrollo de la actividad subvencionada.
5. Regular la práctica profesional de la prevención de adicciones a través de su profesionalización, la acreditación de profesionales y programas, y establecer el requisito de la acreditación para el acceso a financiación pública, o el desempeño profesional en acciones financiadas con fondos públicos. En dicho proceso de acreditación de profesionales, debe incluirse una cláusula de declaración de no haber recibido en el último año retribución alguna por parte de la industria, ni haber colaborado con esta de ninguna forma. Así como el compromiso de no aceptar retribución ni realizar colaboración alguna con la industria, teniendo que comunicarlo si así fuera, suponiendo la retirada de la financiación otorgada y de la acreditación por al menos el año en que se mantiene dicha relación con la industria.
6. Regular la práctica profesional y la implementación de programas en centros públicos (p.e., centros escolares) y/o con financiación pública directa o indirecta (p.e., a través de subcontratas), únicamente a profesionales y programas acreditados.

En relación al seguimiento que se realiza por parte de la entidad financiadora a las acciones preventivas desarrolladas (Tabla 37; Figura 44), los y las profesionales de prevención señalan que lo que mayormente suele solicitarse es la Memoria de Actividades (82%) y la Memoria Económica (60,2%). En menor medida, se solicita una Evaluación de Resultados (47,7%), de Proceso (42,9%) o de Impacto (21,8%). Cerca del 5% señala que no se realiza ningún tipo de seguimiento, y un 10% que refiere no saber qué se solicita.

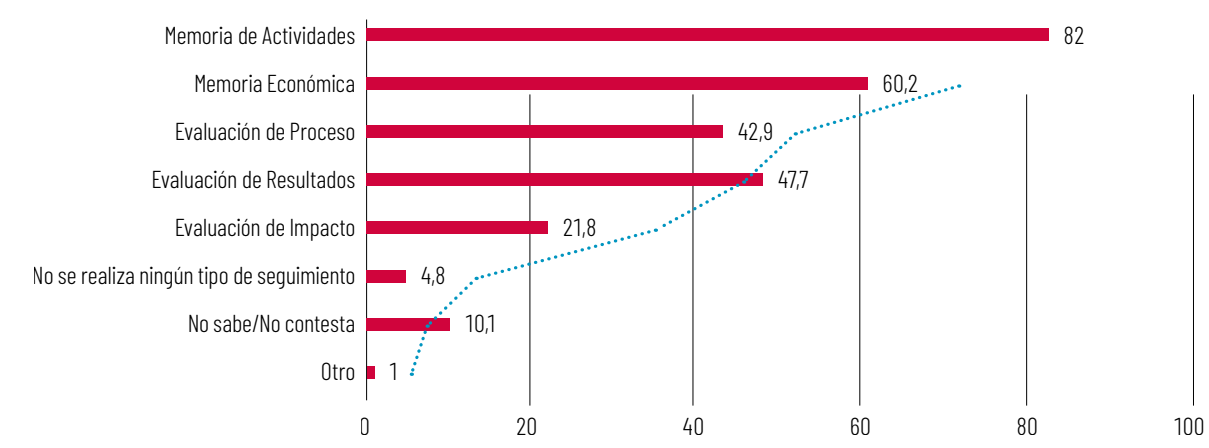
Tabla 37. Tipo de seguimiento por parte de la entidad/administración financiadora

	% (n)
Memoria de Actividades	82,0 (511)
Memoria Económica	60,2 (375)
Evaluación de Proceso	42,9 (267)
Evaluación de Resultados	47,7 (297)
Evaluación de Impacto	21,8 (136)
No se realiza ningún tipo de seguimiento	4,8 (30)
No sabe/No contesta	10,1 (63)
Otro	1,0 (6)

Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Figura 44. Tipo de seguimiento por parte de la entidad/administración financiadora (%)



Fuente: Elaboración propia.

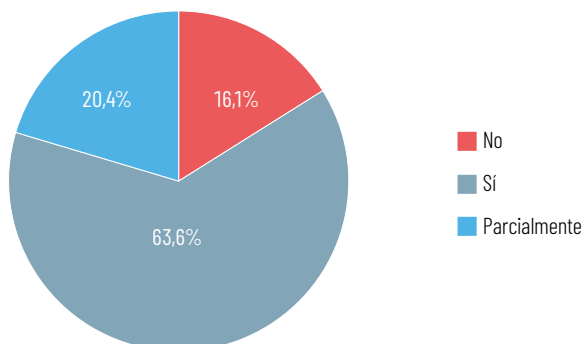
El tipo de seguimiento realizado por las entidades financiadoras de las acciones preventivas es mayormente orientado a conocer que lo que se ha hecho es lo que se dijo que se iba a hacer y comprobar que se da cumplimiento a lo presentado para ser financiado (Memoria de Actividades). Sin embargo, el hecho de que los y las profesionales refieran que sólo el 60% solicitan una Memoria Económica es una cuestión que debe analizarse en mayor profundidad si consideramos que la mayor parte de la financiación procede de las Administraciones Públicas. Es posible que la mayoría de profesionales no sean conscientes de que se realiza esta Memoria Económica, en cuyo caso sería conveniente desarrollar una mayor comunicación y visibilidad del cumplimiento del rendimiento de cuentas de las entidades subvencionadas. Este sería un ejercicio de transparencia y corresponsabilidad Administración-Entidad.

Por otra parte, los y las profesionales refieren que apenas para la mitad de las acciones desarrolladas se hace un seguimiento de la evaluación de resultados, y para 4 de cada 10 se hace evaluación de proceso. Esto denota dos aspectos que deben ser considerados: por una parte, la necesidad de incorporar la demanda de ambos tipos de evaluación al conjunto de todas las acciones preventivas subvencionadas. Y, en paralelo y como apoyo a dicha solicitud, incrementar la formación, orientación y asesoramiento sobre evaluación de proceso y de resultados de los proyectos y programas subvencionados, en línea con lo indicado en el apartado de tareas desarrolladas en el área de implementación de programas preventivos.

El 63,6% (n=396) de las acciones preventivas que se realizan se enmarcan en un Plan Autonómico o Municipal de Prevención de Adicciones; frente al 20,4% (n=127) que lo hacen parcialmente. Un 16,1% (n=100) señalan no enmarcarse en ningún Plan Autonómico o Municipal de Prevención de Adicciones (Figura 45).

RESULTADOS

Figura 45. Acciones preventivas enmarcadas en un Plan Autonómico/Municipal de prevención de adicciones (%)



Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la vinculación de las acciones preventivas desarrolladas a los Objetivos del Plan de Acción 2021-2024 sobre Adicciones del Plan Nacional sobre Drogas para las áreas de Prevención y Reducción del Riesgo (Tabla 38; Figura 46), los y las profesionales señalan una convergencia variable según el objetivo. Los Objetivos con los que se señala una mayor convergencia son: a) mejora de programas de prevención universal, selectiva e indicada (64,7%); b) prevención de adicciones sin sustancia (61,8%); y, c) Ocio Seguro y Saludable (51,2%). Los Objetivos con los que se observa cierto grado de convergencia son: a) prevención de adicciones en contextos prioritarios (41,4%); y, b) promoción de medidas de prevención ambiental/estructural (37,9%). Por su parte, el objetivo que menor grado de convergencia presenta es el de detección precoz e intervención breve sobre alcohol en el ámbito sanitario (18,9%).

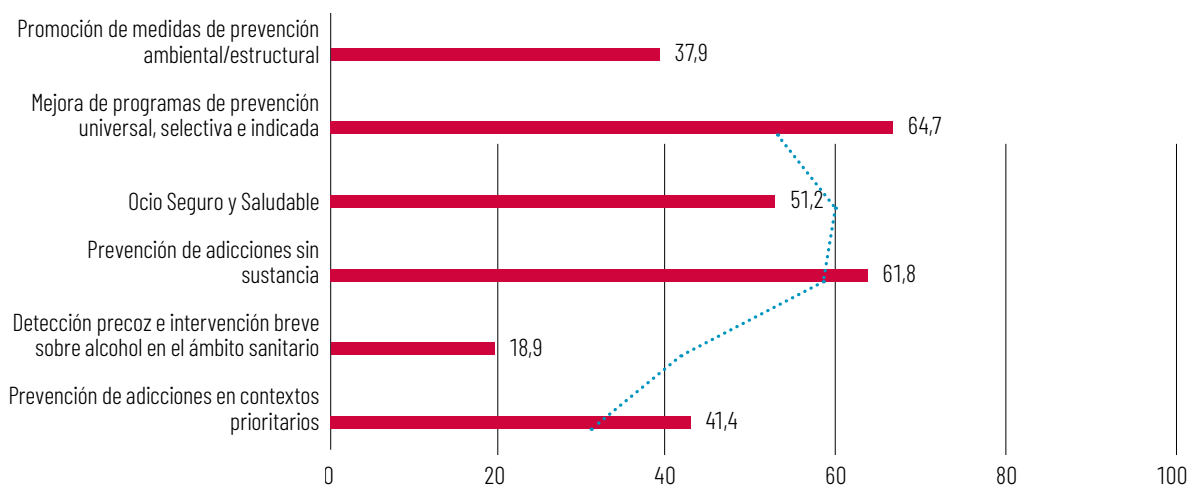
Tabla 38. Objetivos del Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024 del PNSD en prevención y reducción del riesgo al que se vinculan las acciones preventivas desarrolladas

	% (n)
Promoción de medidas de prevención ambiental/estructural	37,9 (236)
Mejora de programas de prevención universal, selectiva e indicada	64,7 (403)
Ocio Seguro y Saludable	51,2 (319)
Prevención de adicciones sin sustancia	61,8 (385)
Detección precoz e intervención breve sobre alcohol en el ámbito sanitario	18,9 (118)
Prevención de adicciones en contextos prioritarios	41,4 (258)

Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Figura 46. Objetivos del Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024 del PNSD en prevención y reducción del riesgo al que se vinculan las acciones preventivas desarrolladas (%)



Fuente: Elaboración propia.

El desarrollo de acciones preventivas no enmarcadas en un Plan Autonómico o Municipal de Prevención de Adicciones, o que lo hacen parcialmente, se sitúa en aproximadamente 1 de cada 3 acciones llevadas a cabo. Esto supone una dificultad para determinar la pertinencia de dichas acciones acorde a las necesidades detectadas y reflejadas en dichos Planes, así como la evaluación de su eficacia e impacto. Esto puede conllevar, asimismo, una falta de convergencia respecto a los objetivos del Plan de Acción sobre Adicciones y Estrategia Nacional sobre Adicciones vigente.

En este sentido, es conveniente realizar algunas acciones orientadas a incrementar la convergencia de las acciones desarrolladas con los objetivos del Plan de Acción y que todas ellas queden enmarcadas en un Plan Autonómico o Municipal de Prevención de Adicciones. Algunas de estas acciones podrían ser:

1. Ofrecer orientación y apoyo al desarrollo de Planes Autonómicos, Provinciales y Municipales, a través de: a) Coordinación y colaboración entre equipos autonómicos y municipales para el desarrollo de Planes convergentes en aspectos comunes; b) establecimiento de prioridades preventivas basadas en datos epidemiológicos y/o estudios desarrollados ad hoc; c) definición de objetivos por áreas de actuación; d) determinar qué acciones preventivas basadas en evidencia científica y buenas prácticas pueden desarrollarse acorde a las prioridades preventivas y objetivos marcados; y e) asesorar en la realización de las evaluaciones de proceso y resultados, de cara a evaluar posteriormente el Plan.
2. Fomentar la formación de profesionales en relación a las políticas públicas en materia de prevención de adicciones, concretadas en la Estrategia Nacional sobre Adicciones del PNSD y los Planes de Acción sobre Adicciones. Ésta puede complementarse con la realizada en los Planes Autonómicos correspondientes.
3. Realizar estudios que ahonden en el conocimiento de los y las profesionales sobre los objetivos Estrategias y Planes estatales y autonómicos correspondientes, así como del nivel de convergencia con las acciones desarrolladas. Esto puede permitir establecer el grado de desviación de las acciones preventivas respecto a los objetivos marcados y, consecuentemente, del destino de la financiación pública para el desarrollo de políticas en materia de prevención de adicciones.

RESULTADOS

4.8

Determinación de necesidades, mejoras y propuestas

4.8.1. Determinación de necesidades

Según se refleja en la Tabla 39 (Figura 47), aproximadamente 4 de cada 10 profesionales de prevención de adicciones manifiestan tener bastante o una especial necesidad de formación y/o asesoramiento en prácticamente la totalidad de aspectos considerados. Destacan ligeramente por encima del resto la formación en evaluación de proceso de intervenciones y programas, demandada por 5 de cada 10 profesionales; y la formación en evaluación de eficacia de intervenciones y programas, demandada por 6 de cada 10 profesionales.

En el análisis cualitativo, los profesionales destacan necesidades formativas concretas, señalando de mayor a menor demanda la formación orientada a: a) prevención selectiva e indicada; b) implementación de la perspectiva de género; c) manejo en redes sociales; d) evidencia científica; e) estándares de calidad; f) salud mental y adicciones; g) nuevas sustancias y nuevos patrones de consumo; h) detección precoz; i) prevención ambiental; j) modelos teóricos aplicados; k) prevención laboral; l) medios de comunicación; m) vías de financiamiento; y, n) ámbito legislativo.

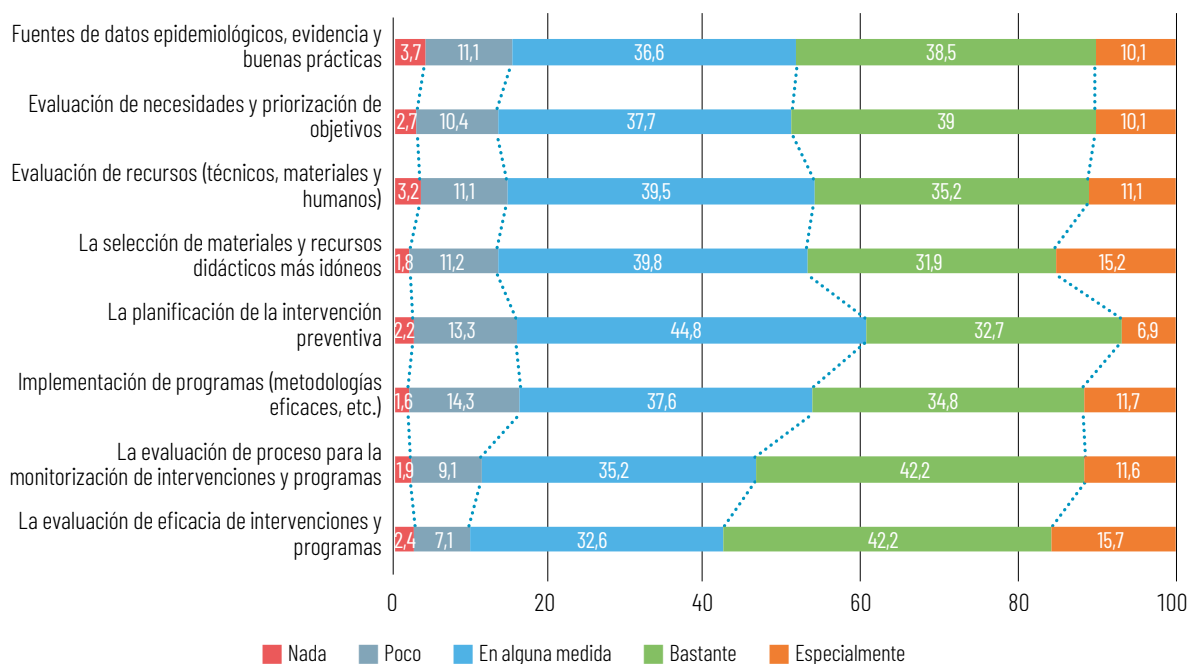
Tabla 39. Necesidad de formación y/o asesoramiento

	Nada % (n)	Poco % (n)	En alguna medida % (n)	Bastante % (n)	Especialmente % (n)
Fuentes de datos epidemiológicos, evidencia y buenas prácticas	3,7 (23)	11,1 (69)	36,6 (228)	38,5 (240)	10,1 (63)
Evaluación de necesidades y priorización de objetivos	2,7 (17)	10,4 (65)	37,7 (235)	39,0 (243)	10,1 (63)
Evaluación de recursos (técnicos, materiales y humanos)	3,2 (20)	11,1 (69)	39,5 (246)	35,2 (219)	11,1 (69)
La selección de materiales y recursos didácticos más idóneos	1,8 (11)	11,2 (70)	39,8 (248)	31,9 (199)	15,2 (95)
La planificación de la intervención preventiva	2,2 (14)	13,3 (83)	44,8 (279)	32,7 (204)	6,9 (43)
Implementación de programas (metodologías eficaces, etc.)	1,6 (10)	14,3 (89)	37,6 (234)	34,8 (217)	11,7 (73)
La evaluación de proceso para la monitorización de intervenciones y programas	1,9 (12)	9,1 (57)	35,2 (219)	42,2 (263)	11,6 (72)
La evaluación de eficacia de intervenciones y programas	2,4 (15)	7,1 (44)	32,6 (203)	42,2 (263)	15,7 (98)

Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Figura 47. Necesidad de formación y/o asesoramiento (%)



Fuente: Elaboración propia.

Las necesidades formativas de los y las profesionales de la prevención parecen abarcar a distintos aspectos considerados, aunque en mayor medida en lo relativo a la evaluación de proceso y resultados de las intervenciones y programas preventivos. En consecuencia, se sugieren varias acciones al respecto:

1. Desarrollar un estudio sobre necesidades formativas en prevención de adicciones, considerando ámbitos de actuación, niveles de prevención, poblaciones destinatarias y problemática específica de adicciones con y sin sustancia. Estableciendo una formación general básica e itinerarios formativos específicos en función de los aspectos anteriormente señalados.
2. Desarrollar currículums formativos específicos para cada uno de los aspectos considerados.
3. Incrementar la oferta formativa a través de dichos currículums formativos, realizándola de manera específica para los distintos aspectos considerados.
4. Ofrecer orientación y recursos formativos de consulta online en relación a los citados aspectos.

Según se refleja en la Tabla 40 (Figura 48), la percepción que tienen los y las profesionales en relación a diversos aspectos de la prevención de adicciones establece unas valoraciones positivas para algunos aspectos, y eminentemente negativas para otros. Entre los aspectos mejor valorados, con una percepción buena u óptima, destacan: a) nivel de calidad (en términos generales) con la que se trabaja (27,3%); b) la formación recibida (25,8%); c) nivel de aplicación de buenas prácticas (24,7%); d) nivel de evidencia científica con la que se trabaja (24,6%); y, e) la formación y/o experiencia exigida para ejercer en prevención profesionalmente (21,8%). Sin embargo, como puede observarse, la valoración positiva que se hace de estos aspectos es percibida así por entre 2 y 3 de cada 10 profesionales. La valoración de estos mismos aspectos como deficiente o muy deficiente es percibida por 4 de cada 10 profesionales.

RESULTADOS

Tabla 40. Percepción respecto a diversos aspectos de la prevención de adicciones

	Muy deficiente % (n)	Deficiente % (n)	Suficiente % (n)	Buena % (n)	Óptima % (n)
Nivel de calidad (en términos generales) con la que se trabaja	5,0 (31)	35,5 (221)	32,3 (201)	25,5 (159)	1,8 (11)
Nivel de evidencia científica con la que se trabaja	6,1 (38)	38,7 (241)	30,7 (191)	20,7 (129)	3,9 (24)
Nivel de aplicación de buenas prácticas	4,7 (29)	35,6 (222)	35,0 (218)	21,8 (136)	2,9 (18)
Formación recibida	5,8 (36)	37,1 (231)	31,3 (195)	23,1 (144)	2,7 (17)
Formación y/o experiencia exigida para ejercer en prevención profesionalmente	9,0 (56)	38,4 (239)	30,8 (192)	18,8 (117)	3,0 (19)
Estabilidad laboral	22,5 (140)	38,4 (239)	18,0 (112)	14,9 (93)	6,3 (39)
Desarrollo/mejora profesional	13,2 (82)	43,3 (270)	24,6 (153)	15,6 (97)	3,4 (21)
Nivel de apoyo por parte de las Administraciones públicas	15,1 (94)	55,1 (343)	21,7 (135)	7,4 (46)	0,8 (5)
Disponibilidad de recursos materiales y tecnológicos para llevar a cabo las intervenciones preventivas	13,2 (82)	50,6 (315)	26,3 (164)	9,1 (57)	0,8 (5)
Financiación para el desarrollo de las intervenciones preventivas	25,2 (157)	53,1 (331)	16,2 (101)	5,3 (33)	0,2 (1)
Ratios de profesionales por población destinataria de las intervenciones preventivas	32,3 (201)	50,9 (317)	13,2 (82)	3,5 (22)	0,2 (1)
Capacidad para atender a las necesidades preventivas del entorno	24,9 (155)	56,3 (351)	14,4 (90)	4,0 (25)	0,3 (2)
Sostenibilidad de las intervenciones preventivas	22,0 (137)	54,3 (338)	18,5 (115)	4,8 (30)	0,5 (3)

Fuente: Elaboración propia.

Los aspectos peor valorados, con una percepción como deficiente o muy deficiente, son: a) ratios de profesionales por población destinataria de las intervenciones preventivas (83,2%); b) capacidad para atender a las necesidades preventivas del entorno (81,2%); c) financiación para el desarrollo de las intervenciones preventivas (78,3%); d) sostenibilidad de las intervenciones preventivas (76,3%); e) nivel de apoyo por parte de las Administraciones públicas (70,2%); f) disponibilidad de recursos materiales y tecnológicos para llevar a cabo las intervenciones preventivas (63,8%); g) estabilidad laboral (60,9%); y, h) desarrollo/mejora profesional (56,5%).

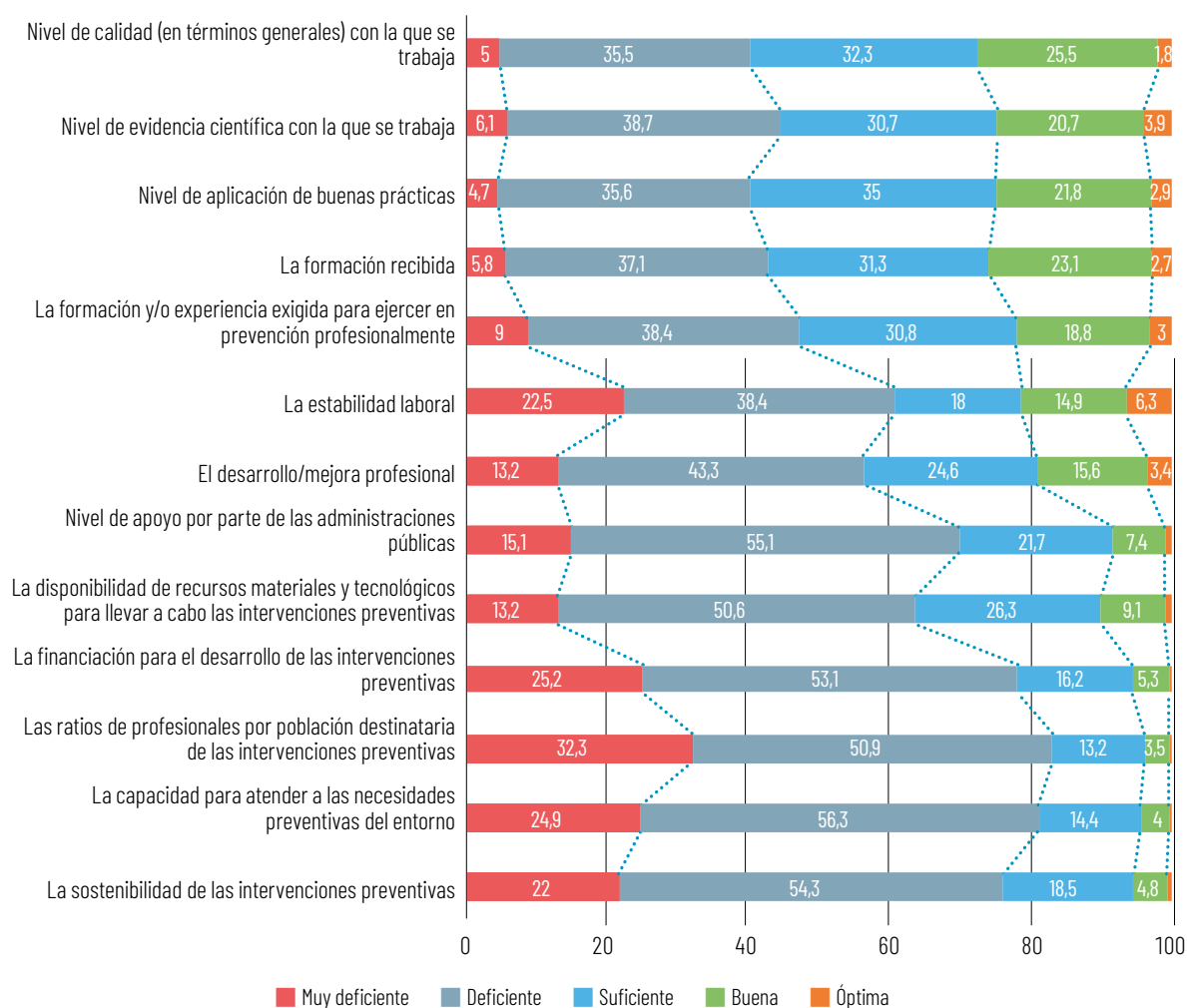
En el análisis cualitativo, se destaca: a) falta de recursos humanos, infra dotación y abandono; b) inestabilidad laboral; c) existencia de programas evaluados pero sin recursos ni contextos que permitan su implementación correcta; d) sobrecarga laboral; e) inexistencia de evaluaciones de calidad; f) falta de formación y especialización de los profesionales; g) falta de rigor científico; h) contexto muy cambiante y

RESULTADOS

falta de innovación y adaptación; e, i) materiales caducados, métodos antiguos y planes no actualizados. La idea principal que se repite y que resumiría el sentir de los profesionales es: “Hacemos todo lo que podemos con los recursos que tenemos”.

Por otra parte, los profesionales también destacan en positivos aspectos como: a) profesionales responsables; b) tendencia positiva; y, c) programas cada vez más evaluados.

Figura 48. Percepción respecto a diversos aspectos de la prevención de adicciones (%)



Fuente: Elaboración propia.

En términos generales, la percepción sobre los diversos aspectos consultados señala la necesidad imperiosa de abordar mejoras en todos ellos. Los aspectos mejor valorados se relacionan con la práctica preventiva, aunque el hecho de que sólo lo perciban así entre 2 y 3 de cada 10 profesionales denota que dicha valoración no está extendida al conjunto de los y las profesionales de la prevención de adicciones. Esto justifica la puesta en marcha de las propuestas referidas en apartados anteriores relativas a la mejora de calidad de la implementación de las intervenciones preventivas, que asimismo se relaciona con las de evidencia científica y aplicación de buenas prácticas, y las estrategias formativas planteadas.

RESULTADOS

Los aspectos peor valorados se refieren mayormente a aspectos organizativos y de disponibilidad de recursos (humanos, financieros y materiales) suficientes, que asimismo dificultan la atención a las necesidades preventivas del entorno y la sostenibilidad de las intervenciones. Es importante destacar que esta percepción negativa respecto a estos aspectos se da en 8 de cada 10 profesionales, lo que supone un elemento crucial que debe ser abordado de manera prioritaria. A este respecto, se justifica la puesta en marcha de las propuestas formuladas en apartados anteriores relativas a la mejora de las ratios de profesionales/población destinataria; así como a la mejora de la financiación, priorizando y maximizando la cuantía para aquellos proyectos y programas que se ajusten a criterios de calidad, estén acreditados y sean implementados por profesionales debidamente cualificados (acreditación de profesionales). En ese sentido, se justifica la creación de Grupos de Expertos que puedan desarrollar propuestas de acreditación, impulsados desde el Plan Nacional Sobre Drogas o desde las Comunidades Autónomas, correspondiendo a estas últimas la aprobación y ejecución de dichos procesos de acreditación.

Entre los aspectos peor valorados también se sitúa la estabilidad y desarrollo profesional, siendo así percibido por 6 de cada 10 profesionales. Esto es indicativo del elevado porcentaje de profesionales insatisfechos con su situación laboral y contractual. Este hecho justifica claramente la necesidad de impulsar las medidas relativas a la profesionalización y la acreditación de profesionales de la prevención de adicciones. Estas medidas incrementarían el valor y empleabilidad de dichos profesionales; ampliaría el campo de acción preventiva ocupado hoy en día por profesionales insuficientemente cualificados y/o voluntariado, ofreciéndoles de este modo mayor estabilidad laboral. En este mismo sentido, las propuestas referidas a mejorar la formación y la creación de Catálogos de Profesionales y Servicios de Orientación y Apoyo a distintos aspectos de la práctica preventiva favorecerían su desarrollo profesional.

4.8.2. Determinación de mejoras y propuestas

El importante número y riqueza de las respuestas recibidas en este apartado abierto sobre propuestas de mejora dejan entrever la necesidad de expresión de los y las profesionales de la prevención. Se ha procedido a estructurar este apartado en tres bloques: 1) propuestas de mejora en relación a la prevención de adicciones; 2) propuestas en relación a la sostenibilidad de las intervenciones; y, 3) propuestas de mejora en torno al profesional de la prevención.

4.8.2.1. | Propuestas de mejora en relación a la prevención de adicciones

A. Implementar programas basados en la evidencia y de calidad

Existe una gran preocupación por parte de los y las profesionales de la prevención por utilizar en su práctica profesional programas basados en la evidencia. Sin embargo, de sus comentarios se desprende que no es fácil encontrar programas que se adapten a la realidad de su práctica diaria, y sí muchas dificultades para poderlos aplicar en el contexto actual.

Principalmente se destaca la necesidad de facilitar y disponer de programas preventivos basados en la evidencia, así como que sean implementados por organizaciones o profesionales que dispongan de formación específica en prevención. Se muestra una percepción de la dificultad para poder evaluar

RESULTADOS

programas y para que existan las condiciones que permitan la evaluación según las herramientas disponibles.

En relación con la calidad de la implementación de los programas, los profesionales hacen referencia al diseño y a su sostenibilidad a largo plazo. Demandan que el diseño se fundamente en criterios de calidad y que su sostenibilidad se facilite a través de financiación plurianual. Para esto último, proponen desarrollar mecanismos como algún tipo de acreditación de programas, de modo que se vayan eliminando progresivamente aquellas acciones puntuales y/o cuyo diseño no se fundamenta en estándares de calidad y/o no tienen evidencia de su efectividad.

Por último, se establece la necesidad de abordar la prevención de adicciones incorporando la perspectiva de género y su relación con la salud mental, así como de disponer de programas específicos para colectivos de alto riesgo o vulnerables.

Los y las profesionales destacan la calidad y la implementación de programas basados en la evidencia como una de las principales estrategias para la mejora en la implementación y los resultados preventivos. No obstante, disponer de programas con estas características, de recursos y un contexto propicio para llevarlos a cabo, parece ser una dificultad generalizada. Algunas de las propuestas de mejora expresadas, podrían agruparse en:

1. Ofertar programas actualizados, fundamentados en evidencia científica, con materiales digitales y acceso gratuito.
2. Disponer de una cartera de programas preventivos de calidad, con evidencia científica, estructurados por ámbitos y edades.
3. Disponer de instrumentos de evaluación de la efectividad de programas preventivos, estructurados por ámbitos.
4. Ofertar formación respecto a dichos programas y los procesos de implementación y evaluación de los mismos.
5. Ofrecer continuidad y estabilización a largo plazo (sostenibilidad) en la implementación de las intervenciones preventivas a través de financiación y no sujeto a posibles cambios políticos.
6. Priorizar planes y programas con una visión a medio y largo plazo, eliminando las acciones puntuales y/o parciales.
7. Aplicar la perspectiva de género en las intervenciones preventivas.
8. Instar encarecidamente a las administraciones públicas directa e indirectamente implicadas a que en sus contextos y espacios de actuación sólo se implementen programas evaluados y con resultados que demuestren su efectividad.
9. Regular la actividad profesional en prevención de adicciones, de modo que las entidades e instituciones que ofrezcan servicios preventivos tengan que acreditar profesionales cualificados y dispongan de una cartera de servicios "acreditados" (reconocidos como Buenas Prácticas, o programas efectivos).

RESULTADOS

B. Formación de profesionales y equipos multidisciplinares

Un número importante de los y las profesionales que han participado en el presente estudio consideran que la mejora de la prevención requiere una mejora en la formación y actualización para trabajar en este ámbito. Por ejemplo, señalan la necesidad de formación y reciclaje en nuevas y eficientes metodologías de trabajo, o la conveniencia del trabajo interdisciplinar utilizando espacios de encuentro y formación. Además, destacan la necesidad de establecer unos requisitos y conocimientos mínimos para poder ejercer la profesión de preventólogo/a y/o técnico/a en prevención de adicciones, así como para poder implementar programas preventivos asegurando la calidad de la implementación.

Los y las profesionales de la prevención de adicciones perciben la necesidad de especialización, reivindicando que se solicite una formación específica para ejercer la profesión. Es decir, se reivindica la profesionalización y acreditación del profesional en prevención de adicciones.

También se plantea regular la oferta formativa y generar espacios de encuentro, reflexión e intercambio, desde los cuáles fomentar y facilitar el acceso a buenas prácticas y conocimiento mutuo. Estas propuestas se concretan en:

1. Exigir una formación específica para profesionales que deseen ejercer en prevención de adicciones.
2. Regular el ejercicio de la profesión acorde a unos criterios de acreditación del profesional de prevención de adicciones.
3. Impulsar la oferta de cursos de reciclaje y actualización que den acceso a conocer la evidencia científica y aspectos de investigación en el ámbito de la prevención de adicciones.
4. Crear espacios de intercambio y buenas prácticas entre profesionales de la prevención.
5. Dar reconocimiento de buenas prácticas formativas a aquellas formaciones que cumplan con unos estándares de calidad, pudiendo estas ser evaluadas a través del Portal de Buenas Prácticas.
6. Potenciar la formación en prevención de adicciones de responsables políticos y profesionales de áreas colaboradoras para potenciar la transversalización de las políticas en materia de prevención de adicciones.

C. Mejora en la coordinación inter e intra administraciones

La coordinación y el trabajo en red juegan un papel relevante en el ámbito de la prevención, y así se desprende de las respuestas aportadas por los y las profesionales participantes en el presente estudio. Se plantea la necesidad de mejorar la coordinación entre administraciones de un mismo territorio, pero también una mayor coherencia entre áreas de una misma administración. Algunos aspectos que se sugiere la pertinencia de mejorarlos se refieren a: a) duplicación de programas similares de dos administraciones en un mismo territorio; b) acciones contradictorias entre áreas de una misma administración; c) políticas incoherentes con los Planes aprobados en un ente local; o d) intervenciones educativas con objetivos totalmente contrarios en una misma aula. Estos serían ejemplos de la necesidad de mayor coordinación entre instituciones que una planificación debería evitar. Paralelamente, también se destaca que la colaboración entre investigadores, responsables políticos, planificadores de políticas

RESULTADOS

públicas e implementadores requiere de una mayor coordinación o transferencia en aras de promover prácticas preventivas más exitosas.

La falta de coordinación entre administraciones, o áreas de un mismo ente público, genera dificultades, duplicidades y un aprovechamiento ineficiente de los recursos, acciones faltas de coherencia y una deficiente planificación territorial, lo que repercute negativamente en los esfuerzos y resultados preventivos. Algunas de las propuestas planteadas se concretan en:

1. Mejorar la coordinación intra e interinstitucional.
2. Consolidar estructuras y redes locales de prevención de adicciones.
3. Generar mecanismos de coordinación entre investigadores, responsables políticos, planificadores de políticas públicas e implementadores que permitan incrementar la transferencia de la evidencia científica al contexto aplicado; y a la inversa, desarrollo de la investigación con un mayor conocimiento de la realidad y sus posibilidades de desarrollo. Asimismo, aprovechar el conocimiento y experiencia de ambos sectores (investigación y aplicado) para el diseño y desarrollo de las políticas de prevención de adicciones. En definitiva, crear marcos de actuación basados en la metodología de investigación-acción.
4. Mejorar la planificación y el trabajo en red para eliminar duplicidades, dar cobertura a territorios con escasez de servicios y definir roles en el contexto de las políticas de prevención de adicciones en un mismo territorio.
5. Crear una asociación de técnicos/as de prevención de conductas adictivas, que visibilice la profesión, reivindique la labor de los profesionales, actúe contra el intrusismo y la pseudoprevención, y vele por el diseño de políticas públicas coherentes y eficientes.

D. Dar mayor relevancia a la prevención escolar, familiar, comunitaria y ambiental

Existen ámbitos donde se identifica como objetivo prioritario el tener mayor presencia y donde los y las profesionales proponen mejoras de forma destacada para mantener la sostenibilidad de los programas, especialmente en los ámbitos escolar, familiar y comunitario. En base a lo expresado, parece existir un consenso sobre la necesidad de incluir la prevención de adicciones en el currículum educativo desde la Educación Infantil hasta la ESO. Del mismo modo, se propone la obligatoriedad de disponer de un Plan de Acción, ya sea local o mancomunado, donde enmarcar y dar coherencia a todas las acciones preventivas, tal como se determina, por ejemplo, en convocatorias de financiación para corporaciones locales por parte de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Los ámbitos escolar, familiar, comunitario y ambiental se señalan como prioritarios en prevención de adicciones, siendo necesario ampliar la cobertura de las intervenciones preventivas en estos. Las intervenciones desarrolladas en estos ámbitos deberían estar convenientemente desarrolladas en una Estrategia y/o Plan, debidamente dotadas a nivel de recursos, y diseminadas en cualquier territorio. A este respecto, las propuestas con mayor demanda formuladas por los y las profesionales participantes en el presente estudio, se resumirían en:

1. Incrementar la prevención de adicciones en los contenidos curriculares de las distintas etapas educativas.

RESULTADOS

2. Instar a que los municipios tengan un Plan Municipal o Mancomunado, según la dimensión del municipio (por ejemplo, tener un plan propio a los municipios con una población superior a 25 mil habitantes).
3. Potenciar la implementación de estrategias de prevención ambiental y de ocio alternativo que han recibido apoyo empírico.
4. Mejorar y dar cumplimiento a las leyes existentes relativas a la venta, publicidad y marketing, directo o encubierto, de: a) alcohol; b) tabaco y productos relacionados; c) productos relacionados con el autocultivo y consumo de cannabis; d) juego de azar y apuestas; e) videojuegos, en función de la categoría PEGI. Todo ello, con especial atención a las personas menores de edad como destinatarias de estas acciones de venta y promoción.
5. Poner en valor el enfoque comunitario, que puede aportar una perspectiva estructural fundamental para el análisis de la realidad y su posterior intervención integral, individual y colectiva.

4.8.2.2. | Propuestas para la sostenibilidad de las intervenciones en prevención de adicciones

A. Mayor financiación y recursos

En cuanto a las propuestas para garantizar la sostenibilidad de los programas e intervenciones en prevención de adicciones se destacan, una vez más, y principalmente, la necesidad de una mayor y más estable financiación y una estabilización laboral de los y las profesionales. Por otro lado, también se subraya la necesidad de diseñar programas a largo plazo y garantizar su sostenibilidad económica con una financiación plurianual. En este sentido, se remarca la existencia de una contradicción entre la evidencia científica que señala la importancia de la sostenibilidad de las intervenciones frente al carácter puntual de muchas de ellas por la falta de recursos que garanticen su continuidad y sostenibilidad en el tiempo.

También se destaca la necesidad de definir el número de profesionales de la prevención de adicciones necesarios según población, en consonancia con lo que viene haciéndose en el área asistencial. Esto ayudaría a eliminar las desigualdades territoriales existentes actualmente.

La reivindicación de una mayor dotación de recursos, tanto económicos como humanos, es una de las grandes demandas señaladas por los y las profesionales. Ésta se señala como clave en la continuidad y estabilidad de las intervenciones. Algunas de las medidas para mejorar la sostenibilidad de las intervenciones son:

1. Incrementar el aporte de recursos económicos o una redistribución más eficiente de estos, para favorecer la continuidad y mejora de las actuaciones preventivas.
2. Regular normativamente la ratio de profesionales de la prevención de adicciones según la densidad poblacional de cada territorio, así como la figura y funciones del profesional en prevención de adicciones, estableciendo sus competencias, funciones, tareas y responsabilidades dentro del marco del puesto que desempeñe.
3. Consolidar estructuras y redes locales de prevención de adicciones con profesionales.

RESULTADOS

4. Mejorar la dotación económica destinada a las entidades locales para cofinanciar sus Planes Municipales de Prevención de Adicciones.
5. Incrementar el porcentaje de los impuestos aplicados a las drogas legales, juego de azar y apuestas, y videojuegos, para la formación, implementación y evaluación de programas de prevención de adicciones.

B. Mayor apoyo de la Administración local, autonómica y nacional

Las Administraciones Públicas son las que sustentan mayoritariamente la prevención de adicciones en España y, consecuentemente, son a ellas a quienes se dirigen los y las profesionales para que garanticen la calidad y sostenibilidad de los equipos y de las intervenciones. Esta demanda de apoyo se concreta en términos de financiación, de dotación de personal suficiente, así como de formación y acompañamiento para el desarrollo de intervenciones basadas en la evidencia y buenas prácticas. También se señala la importancia de universalizar la prevención, dando cobertura a todo el alumnado, tanto de zonas urbanas como rurales.

Respecto a esto último, se insiste en la necesidad de una oferta formativa acorde a las necesidades de los y las profesionales y los retos futuros a los que se enfrenta la prevención de adicciones, pero también se reivindica la mejora de las condiciones laborales de los y las profesionales, el reconocimiento y legitimización de la prevención de adicciones como una profesión. Del mismo modo, se demanda apoyo en el cumplimiento de la normativa legal a nivel nacional en materia de adicciones, principalmente en relación con el consumo de alcohol y tabaco entre los y las menores. Igualmente, se señala la necesidad de avanzar en una legislación que limite la promoción de productos relacionados con el autocultivo y consumo de cannabis, el juego de azar y apuestas (online y offline) y los videojuegos (online y offline) según clasificación PEGI. También limitar el acceso a la pornografía (online y offline) y otras prácticas de riesgo online.

Existe una demanda clara a las Administraciones Públicas para que asumen un papel más proactivo y de apoyo al desarrollo de la prevención de adicciones. Se demandan acciones que otorguen mayor legitimación a la prevención como profesión. Algunas sugerencias en este sentido son:

1. Dotar de más recursos económicos y humanos a los equipos de prevención de adicciones, ofreciéndoles una mayor estabilidad.
2. Favorecer la continuidad de los programas preventivos eficaces y de sus profesionales, desplegando la total cobertura de servicios tanto a zonas urbanas como rurales.
3. Facilitar la accesibilidad a formación y reciclaje de calidad y gratuita.
4. Reducir las barreras, obstáculos y dificultades en los procesos administrativos y subvenciones plurianuales.
5. Facilitar servicios de mentorización o asesoramiento en la implementación de programas evaluados y basados en la evidencia.
6. Regular de manera decidida la venta de alcohol a menores, sin atender a la presión e intereses de la industria.
7. Legislar para regular la publicidad, marketing y patrocinio (directa o encubierta) de: alcohol; tabaco y productos relacionados; productos relacionados con el autocultivo y consumo de cannabis; el juego de azar y apuestas (online y offline); los videojuegos (online y offline) según clasificación PEGI; y la pornografía (online y offline).

RESULTADOS

8. Restringir el acceso de menores a las sustancias legales e ilegales, el juego de azar y apuestas (online y offline), los videojuegos (online y offline) según clasificación PEGI, y la pornografía (online y offline).

4.8.2.3. | **Propuestas de mejora respecto a la profesión, los y las profesionales en prevención de adicciones (roles, tareas, retribución, reconocimiento, desarrollo profesional, etc.)**

En relación con las propuestas de mejora respecto al ejercicio profesional de la prevención, una demanda clara es un mayor reconocimiento de la figura del profesional de prevención en adicciones y del técnico/a de prevención de adicciones. En este sentido, se recogen demandas de una mejor definición de sus tareas y funciones, un reconocimiento económico acorde a la especialización del trabajo, y la necesidad de visibilizar y prestigiar la prevención de adicciones como profesión con entidad propia. También se señala la necesidad de establecer una especialización tanto en el ámbito universitario como post universitario y acreditar la formación y conocimientos. Ambas acciones, como respuesta al intrusismo, la pseudoprevención y las malas praxis, promoviendo la acreditación de profesionales y programas que aseguren una prevención de calidad y eficiente.

Las propuestas de mejora respecto a la profesión en prevención de adicciones se dirigen a un mayor reconocimiento y estabilidad, que pasan por la profesionalización de los y las profesionales. A este respecto, se destacan como propuestas:

1. Crear un marco legal que regule el espacio profesional de la prevención de adicciones. En este sentido, se plantea el establecimiento del perfil profesional, titulación requerida y formación específica mínima para ser acreditado y poder trabajar en prevención de adicciones. La prevención debe realizarse por profesionales debidamente cualificados.
2. Mejorar el reconocimiento de la figura del profesional de prevención de adicciones en la estructura de actuación comunitaria y sanitaria.
3. Mejorar la retribución económica y posibilidad de desarrollo profesional como profesional de la prevención de adicciones.
4. Mejorar la estabilidad laboral y continuidad en el puesto que dé garantía y profesionalidad a los servicios preventivos.
5. Establecer una ratio de técnico de prevención/población diana.
6. Impulsar la inclusión de la especialización en Titulaciones universitarias afines.
7. Facilitar formación continua y de reciclaje.
8. Impulsar medidas que eviten la precarización de los profesionales de la prevención, tanto dependientes de la administración pública como del Tercer Sector. Dicha precarización puede deberse a la externalización de servicios por parte de la administración pública, cuyas propuestas económicas están formuladas a la baja y claramente suponen una infradotación del servicio, o cuyas propuestas no presentan coherencia entre su oferta de servicios y la ratio y perfil de profesionales que se necesitan para su adecuada ejecución.

CONCLUSIONES

5

5.1

Principales conclusiones

El objetivo principal del presente estudio fue identificar aspectos relativos a la situación actual de los y las profesionales de la prevención de adicciones en España en la actualidad, para establecer necesidades futuras para la mejora y sostenibilidad de las acciones preventivas. A este respecto, el estudio cuenta con un censo amplio, con más de 1.000 profesionales registrados/as y más de 600 participantes en el presente estudio, lo que ofrece cierto grado de fiabilidad a los resultados obtenidos.

A partir de las respuestas de los y las 623 profesionales de la prevención de adicciones que han participado en el estudio, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. Se observa una clara feminización en la muestra, casi el 70% son mujeres.
2. La edad media de los y las profesionales es de 45 años, con un equilibrio notable entre diferentes grupos de edad. Sin embargo, destaca la presencia significativa tanto de personas menores de 35 años como de mayores de 56, lo que indica una diversidad generacional en el sector.
3. Un tercio de los y las profesionales encuestados/as no tiene la prevención de adicciones como su tarea principal, lo que podría afectar a la eficacia de las medidas preventivas en sus diversos ámbitos laborales.
4. La mayoría de profesionales se encuentran en el ámbito psicosocial. Un 40% proviene de la psicología.
5. Aunque más del 80% de las personas que han contestado la encuesta cuentan con formación específica en prevención de adicciones, es llamativo que aproximadamente un 20% de estas personas cuente con menos de 100 horas de formación, lo que podría impactar en la calidad de su desempeño profesional.
6. La distribución laboral muestra que más de la mitad de las personas encuestadas trabaja en la administración pública, mientras que aproximadamente un tercio lo hace en organizaciones no gubernamentales o en el tercer sector, lo que resalta la importancia del sector público y las ONG en la implementación de políticas y programas de prevención de adicciones.
7. En cuanto a la estabilidad laboral, dos tercios de los y las profesionales tienen contrato indefinido, aunque aproximadamente la mitad trabaja a media jornada o menos.
8. Los y las técnicos/as locales representan uno de cada tres profesionales de la muestra del presente estudio.

CONCLUSIONES

9. Tres de cada diez técnicos/as municipales no realizan su trabajo bajo un Plan Local, lo que puede indicar una falta de coordinación y estrategia en la prevención a nivel municipal. Es de suma importancia que cada municipio tenga un plan municipal o mancomunado de prevención, lo que evidencia la necesidad de una estructura organizativa sólida.
10. El desconocimiento de los Portales de Buenas Prácticas y de la evidencia científica se identifica como una brecha en el acceso a recursos y conocimientos clave para mejorar la calidad de los programas preventivos.
11. Aunque la financiación proviene principalmente de la Administración Pública, la valoración de los recursos recibidos, así como la estabilidad y sostenibilidad de los programas, evidencia la necesidad de una revisión en la asignación y gestión de recursos.
12. La insatisfacción laboral y la falta de posibilidades de desarrollo profesional son generalizadas entre los y las profesionales encuestados/as, lo que subraya la urgencia de mejorar las condiciones laborales y las oportunidades de crecimiento en el campo de la prevención de adicciones.
13. Se percibe una necesidad urgente de mejorar la calidad e implementación de los programas preventivos.
14. Se considera necesario establecer un marco legal que regule el ejercicio profesional en prevención de adicciones y su acreditación.
15. Se considera imprescindible la exigencia de una formación mínima para ejercer y que esta se vincule a los procesos de acreditación de profesionales de la prevención de adicciones.
16. La creación de espacios de encuentro y una asociación de profesionales de la prevención serían beneficiosos para fomentar el intercambio de conocimientos y experiencias, así como para fortalecer la representación y defensa de los intereses de los y las trabajadores/as en este campo.
17. Se requiere mejorar la relación entre personal investigador y personal implementador, así como la coordinación entre diferentes administraciones, para garantizar una implementación efectiva de las políticas y programas preventivos.
18. Se reclama establecer una ratio adecuada entre el número de habitantes y el número de personal técnico de prevención, con el fin de garantizar una cobertura adecuada y eficiente de los servicios preventivos en la comunidad.
19. Se demanda un mayor prestigio, reconocimiento social, político y económico de la prevención como campo profesional, lo que podría ayudar a atraer y retener talento en el sector y mejorar su impacto en la sociedad.

Tras el análisis de estas conclusiones, al revisar la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (ENA) y el Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024, se comprueba cómo una parte considerable de las cuestiones planteadas vienen recogidas entre sus objetivos y líneas de acción. Es decir, el presente estudio viene a confirmar la adecuación de los planteamientos estratégicos recogidos en sendos documentos, señalando que en el ámbito de la prevención de adicciones hay un trabajo previo sobre el que sustentar y dar impulso a todas las mejoras y recomendaciones sugeridas en el presente estudio. Aun así, es evidente la necesidad de dedicar una mayor atención y recursos a la prevención de adicciones, y avanzar en algunos elementos estructurales y operativos que han de permitir una mayor eficiencia y sostenibilidad de las futuras acciones.

CONCLUSIONES

5.2

Posibles líneas de acción para la mejora y sostenibilidad de la prevención de adicciones en España

En consonancia con lo expresado anteriormente, a continuación, se ofrecen 40 posibles acciones para la mejora y sostenibilidad de la prevención de adicciones. Para su mejor definición, se han agrupado por áreas y líneas de actuación.

A. En relación con la COORDINACIÓN:

A.1. *Coordinación Institucional*

1. Fortalecer la coordinación interinstitucional e intrainstitucional, así como entre áreas y equipos de prevención de adicciones, tanto a nivel nacional, como autonómico y local. A este último nivel, el papel de la FEMP puede ser determinante. Esta coordinación debe promover la complementariedad de las actuaciones, minimizando vacíos y duplicidades, y destinando mayores recursos a los colectivos poblacionales más vulnerables y a las prioridades preventivas que se establezcan a través de un diagnóstico de abajo a arriba, del ámbito local al nacional.
2. Establecer una necesaria coordinación interdepartamental e interinstitucional para generar estructuras preventivas comunitarias que aseguren la implementación de las acciones a largo plazo.
3. Conseguir una organización territorial que garantice la aplicación de acciones preventivas de una manera equitativa y racional en todo el territorio nacional, garantizando una ratio (poblacional/geográfica) estable de profesionales en prevención.

A.2. *Coordinación de redes*

4. Fomentar la colaboración entre organismos gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y centros dedicados a la investigación para un mayor aprovechamiento del conocimiento generado y para obtener programas más eficaces, pero con posibilidades reales de ser implementados.
5. Potenciar una red de investigadores que impulsen proyectos de investigación-acción para generar transferencia desde la evidencia científica al ámbito aplicado y puedan evaluar y garantizar la eficacia y la eficiencia de las acciones llevadas a cabo en los diferentes territorios.

CONCLUSIONES

B. En relación con los SISTEMAS DE INFORMACIÓN:

B.1. Sistemas

6. Promover la existencia de un Sistema Estatal de Información en Prevención, que recoja de forma actualizada y accesible la actividad preventiva desarrollada en España y sirva de base para la evaluación y mejora continuas.

B.2. Mapeo

7. Establecer mapeo territorial de las políticas, acciones y programas de prevención (en los distintos ámbitos de actuación). Esto debe permitir conocer la coherencia y cobertura de los distintos niveles de actuación en prevención de adicciones, facilitando la detección de vacíos, duplicidades o desequilibrios territoriales.

B.3. Catálogos

8. Potenciar el conocimiento de la cartera de servicios, oferta formativa, portales de buenas prácticas, criterios de calidad y programas preventivos eficaces.

C. En relación con los PROGRAMAS E INTERVENCIONES:

C.1. Criterios de calidad y portales de buenas prácticas

9. Promover el establecimiento de unos criterios de calidad básicos que deben considerarse en todas las intervenciones preventivas financiadas con fondos públicos, permitiendo a las CCAA solicitar criterios adicionales de mayor exigencia.
10. Favorecer la accesibilidad desde la perspectiva del profesional a los portales de buenas prácticas, evidencia y criterios de calidad, mejorando su usabilidad y orientación para la transferencia.

C.2. Evaluación y acreditación de programas

11. Definir sistemas de evaluación de las acciones en prevención de las adicciones que permitan a las Administraciones Públicas y las entidades del tercer sector determinar qué acciones son eficaces y cuáles no y, en consecuencia, cuáles deben optar a financiación pública y cuáles quedar fuera de esta.
12. Impulsar la acreditación de programas de prevención (universal, selectiva, indicada y ambiental) que poseen evidencia de su eficacia, promoviendo su visibilidad a través de portales de buenas prácticas y acciones formativas.

CONCLUSIONES

C.3. Transferencia de la evidencia y las buenas prácticas

13. Establecer acciones de asesoramiento de implementación de programas preventivos para profesionales y entidades sobre los programas preventivos existentes que se han demostrado eficaces, y de las condiciones sobre cómo deben ser implementados.
14. Establecer acciones de asesoramiento sobre la evaluación de programas preventivos para profesionales y entidades sobre cómo realizar la evaluación de proceso y/o resultados de los programas preventivos que implementen.
15. Incorporar en los currículums escolares, en especial en los centros de educación secundaria, programas preventivos que hayan demostrado su eficacia.
16. Mejorar los mecanismos para la detección precoz y la prevención con las poblaciones vulnerables, formando a profesionales e incorporando a la cartera de servicios instrumentos de screening validados e impulsando el desarrollo de la prevención selectiva e indicada.
17. Potenciar el diseño y evaluación de programas preventivos de adicciones sin sustancia que, una vez determinada su eficacia, puedan ser incorporados a la cartera de servicios y al Portal de Buenas Prácticas.
18. Desarrollar una política de prevención de adicciones con y sin sustancia que incorpore transversalmente la perspectiva de género.
19. Impulsar el diseño y uso de los medios digitales como herramientas complementarias a la presencialidad para el desarrollo de las acciones de prevención en adicciones con y sin sustancia, permitiendo incrementar la cobertura de éstas.

D. En relación con la ORGANIZACIÓN TERRITORIAL:

D.1. Planes Locales

20. Potenciar la actual red de planes locales de prevención e impulsar la creación de otros nuevos atendiendo a criterios poblacionales.
21. Instar a los municipios a poseer un Plan Municipal o Mancomunado de Prevención de Adicciones.

D.2. Ratios de servicios, ratios de profesionales y cobertura

22. Impulsar un Censo de Profesionales de la Prevención de Adicciones a nivel nacional, que permita conocer el número de profesionales existentes, su área geográfica y sus ámbitos de actuación.
23. Establecer legislativamente una ratio adecuada entre el número de habitantes y el número de personal técnico de prevención, con el fin de garantizar una cobertura adecuada y eficiente de los servicios preventivos en la comunidad.
24. Garantizar la cobertura universal de programas basados en la evidencia que cumplan con los criterios de calidad aprobados a nivel estatal y por las CCAA.

CONCLUSIONES

E. En relación con la REGULACIÓN NORMATIVA:

E.1. Legislación

25. Potenciar el desarrollo de la prevención ambiental de adicciones con y sin sustancia desde un marco regulatorio y legislativo.
26. Implementar políticas regulatorias que aborden de manera eficaz la disponibilidad y publicidad de las drogas legales con especial énfasis en los menores de edad.

E.2. Reconocimiento y profesionalización

27. Crear un marco legal que regule el espacio profesional de la prevención de adicciones, a través de su profesionalización, la acreditación de profesionales y programas.
28. Mejorar el reconocimiento de la figura de los y las profesionales de prevención de adicciones en la estructura de actuación comunitaria y sanitaria, impulsando medidas que eviten la precarización de los profesionales de la prevención, tanto dependientes de la administración pública como del Tercer Sector.

F. En relación con la SOSTENIBILIDAD:

F.1. Financiación

29. Priorizar como requisito que las Corporaciones Locales que quieran disponer de financiación para proyectos de prevención, dispongan de Planes Locales de Prevención alineados con Planes Autonómicos, Nacional y Europeo.
30. Incrementar los presupuestos destinados a la dotación de recursos, programas y ampliación de la cobertura en el área de prevención, así como a la de investigación y formación orientada a la transferencia al ámbito preventivo.
31. Priorizar una financiación selectiva acorde a la calidad de las intervenciones preventivas desarrolladas según criterios de calidad y buenas prácticas, ofreciendo así mayor asignación y gestión de recursos a intervenciones más eficientes.

F.2. Consolidación de profesionales y equipos de prevención

32. Desarrollar medidas de captación y consolidación de profesionales de la prevención de adicciones, para atraer y retener talento en el sector, en colaboración con los Colegios Oficiales de las principales disciplinas que trabajan en prevención de adicciones, facilitando el relevo generacional.
33. Establecer líneas de desarrollo profesional en el ámbito de la prevención de adicciones que permitan mejorar las condiciones laborales, las oportunidades de crecimiento en el área de prevención y la estabilidad laboral.

CONCLUSIONES

G. En relación con la FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN:

G.1. Formación

34. Actualizar, mejorar y ampliar los programas de formación de prevención de adicciones con y sin sustancia, dirigidos a profesionales y demás agentes sociales implicados.
35. Potenciar la difusión y el acceso a la formación de los principales currículums en prevención existentes a nivel mundial y europeo (Currículum de Prevención Europeo para Implementadores; Currículum de Prevención Europeo para Decisores Políticos; Currículum de Prevención Universal; Calidad de los programas de prevención de adicciones: planificación, estándares europeos y evaluación).
36. Desarrollar fórmulas de reconocimiento de créditos en formación específica en prevención de adicciones en las distintas titulaciones universitarias oficiales de nivel Grado y Postgrado.
37. Impulsar la formación y reciclaje en prevención de adicciones en colaboración con los Colegios Oficiales de las principales disciplinas que trabajan en el sector.
38. Establecer itinerarios formativos acorde al puesto profesional que se ocupe, o se pretende ocupar, partiendo de un currículo formativo mínimo común básico.

G.2. Investigación

39. Realizar estudios sobre el grado de incorporación de los estándares y criterios de calidad a las distintas modalidades de intervención preventiva que se desarrollan.
40. Realizar estudios que ahonden en el conocimiento que tienen los y las profesionales de la prevención de adicciones de los Objetivos de las Estrategias y Planes de Acción, su nivel de convergencia con las acciones que desarrollan en la práctica, y las necesidades que tienen para su articulación y desarrollo.

5.3

Desde la reflexión y la experiencia

Este apartado plantea, a modo de apéndice final, una reflexión y una propuesta a partir del análisis de los hallazgos del presente estudio. Éste se ha basado en una batería de preguntas acotadas en sus contenidos y con opciones de respuesta cerradas. Asimismo, en su parte final, tiene un carácter cualitativamente diferente, porque sus preguntas son mucho más abiertas y sus respuestas se prestan a múltiples análisis y reflexiones. Su contenido ofrece información relevante sobre el marco en que están desarrollando su labor y las expectativas de los y las profesionales de la prevención y, por su propia naturaleza, abre nuevas incógnitas y plantea nuevas posibilidades.

Llama la atención la cantidad de respuestas, su heterogeneidad y la diversidad de niveles en los que están planteadas, también el modo en que se producen, dejando entrever la necesidad de expresión de los y las profesionales de la prevención. Las respuestas han sido clasificadas en tres bloques para facilitar su comprensión: a) referido a contenidos propios de la prevención; b) referido a la sostenibilidad; y, c) referido al ejercicio de la profesión. Pero estos bloques no deben interpretarse como categorías

CONCLUSIONES

cerradas dada la enorme imbricación que tienen unas con otras. El conjunto ofrece una imagen general sobre cómo los y las profesionales perciben la situación del sector en relación con las necesidades de mejora.

Tratándose de propuestas de mejora, cabría considerar las implicaciones de su puesta en práctica (presupuestarias, fiscales, legislativas, ejecutivas, institucionales, de coordinación, etc.), así como las instancias que deben intervenir para implementarlas, convirtiendo las necesidades de mejora en oportunidades que pueden dar un impulso cuantitativo y cualitativo a la prevención en adicciones en España, y a la profesión en sí.

Conocer en profundidad todos estos factores requiere un estudio específico que excede con mucho las posibilidades de este apéndice y del propio estudio. Pero, desde la reflexión y la experiencia, se puede ofrecer una visión general, aunque sea aproximativa, que dé una idea de la naturaleza de los avances que habría que acometer. ¿Cómo convertir las propuestas en avances?

Algunas propuestas de mejora requieren medidas legislativas o normativas, cuyo abordaje implica la intervención de los órganos legislativos y regulatorios del Estado: el Parlamento español, los Parlamentos autonómicos y los Plenos de las corporaciones locales.

En el primer caso, estarían todas las medidas que podrían implicar una modificación legislativa con rango nacional en la publicidad sobre determinadas sustancias y conductas potencialmente adictivas; en la modalidad de sanción (y alternativas) del consumo en la vía pública; en la fiscalidad de determinadas actividades comerciales; en la creación y mantenimiento de fondos destinados específicamente a la prevención; en medidas de especial protección de los y las menores; y en la consideración de la prevención como un derecho. Por apuntar a algunas cuestiones clave.

En el segundo caso, estarían las propuestas que podrían implicar medidas que se deben abordar desde los Parlamentos autonómicos, recogidas en sus respectivas leyes sobre adicciones de nivel autonómico.

En el tercer caso, estarían incluidas las medidas que pueden regularse a través de normativa municipal (ordenanzas) sobre consumo, seguridad, convivencia ciudadana, fiestas locales, urbanismo, etc. Entre otras cosas, estas son imprescindibles para el desarrollo de una prevención ambiental eficaz.

En definitiva, más allá de la labor que realizan los y las profesionales de la prevención, las administraciones públicas y las organizaciones que trabajan en adicciones deben estar alineadas y comprometidas con el desarrollo de acciones que la evidencia científica ha señalado como eficaces para la prevención de adicciones.

Las medidas de carácter más ejecutivo les corresponderían a los planes y programas. Éstas también se deberían clasificar según el nivel de la administración pública a la que corresponda, distinguiendo entre las que tienen un carácter más técnico y las que tienen un carácter más político, sin olvidar aquellas que requieren el concurso de las tres administraciones para su implementación y, en consecuencia, la necesaria coordinación y complementariedad, evitando vacíos o solapamientos.

Entre las de carácter técnico, estarían incluidas las referidas a la calidad de los programas, la evaluación de su eficacia y relativas a la investigación, de las que se ocupa el presente estudio.

CONCLUSIONES

Entre las de carácter político, habría que incluir las medidas relacionadas con las propuestas que reclaman no solo un aumento de los recursos, sino también un reparto distinto del presupuesto que el Estado, en todos sus niveles administrativos y fundamentalmente en el nivel autonómico por el marco competencial que le compete, destina a la prevención de adicciones. Este aspecto de la financiación y del reparto del presupuesto también puede tener implicaciones legislativas. Dentro de las mismas, habría que incluir las que afectan de manera estructural al sistema de atención a las adicciones y a su coordinación/integración con la red de Salud Mental. Aunque la colaboración entre ambas redes requiere un desarrollo técnico considerable en muchos territorios, la decisión previa sobre su integración o no dentro de una misma red, así como el incremento de sus recursos corresponde al nivel político. Teniendo en cuenta que las CCAA tienen delegadas la mayor parte de las competencias en materia de Adicciones, Salud y Servicios Sociales, muchas de las decisiones se concentrarían en ese nivel. De hecho, algunas ya han empezado a tomar decisiones al respecto. No obstante, lo deseable sería que se hiciera de forma ordenada y coordinada entre todas las administraciones implicadas. En este sentido, se valora muy positivamente la reciente creación de la figura del Comisionado/a de Salud Mental en el Ministerio de Sanidad.

Siguiendo con las medidas políticas, conviene no olvidar las que corresponden a las corporaciones locales, con sus alcaldes y alcaldesas a la cabeza, cuyo nivel de responsabilidad en la prevención de adicciones suele estar infravalorado. A ellas les corresponde impulsar un conjunto de medidas sobre consumo, seguridad, convivencia ciudadana, fiestas locales y urbanismo, que afectan a los modelos de ocio y convivencia ciudadana en cada localidad. Se trata de medidas que pueden despertar resistencias en determinados sectores de la población, especialmente vinculadas a la industria y al sector cuyos intereses económicos dependen directa o indirectamente del consumo de drogas legales e ilegales, del juego de azar y apuestas o los videojuegos. Es necesario que a nivel local se impulsen decididas medidas de prevención ambiental, sustentadas en la evidencia científica, en beneficio de ciudades y municipios más saludables.

Existe otro conjunto de propuestas relacionadas con la acreditación y la certificación profesional. Incluye formación básica en conocimientos y competencias para trabajar en los distintos ámbitos de la prevención de adicciones; certificación según niveles de cualificación; establecimiento de requisitos para ejercer como profesionales en el área de prevención de adicciones en las distintas áreas (p.e., formación, asesoría técnica, implementación de programas, evaluación). Este tipo de medidas requieren la participación de los Departamentos ministeriales responsables de las áreas de Educación, Sanidad y Servicios Sociales, así como de las Consejerías correspondientes de las Comunidades Autónomas, sin descartar cambios legislativos. También pueden requerir el concurso de Colegios Profesionales y de entidades que, de una forma u otra, representan al sector. También las Universidades, particularmente a través de representantes de titulaciones de la rama social, sanitaria y educativa. Todos comparten un interés común, el de ofrecer servicios de calidad, basados en evidencia y buenas prácticas, cumpliendo de este modo el principio de beneficencia recogido en los códigos éticos profesionales.

También se ha determinado otro conjunto de propuestas de mejora referidas específicamente al sector de la educación. La de mayor envergadura es la vieja reivindicación de incluir de manera obligatoria la prevención de adicciones (y de salud mental si se produjera la integración) en el currículo escolar, de manera transversal y oficial, adaptada a los diferentes ciclos formativos. El objetivo de esta medida sería evitar que dependa de la voluntariedad de los centros escolares la realización o no de programas y actividades de prevención y sus contenidos: bullying, adicciones, violencia, suicidio, trastornos del

CONCLUSIONES

comportamiento, etc. En este caso, la iniciativa corresponde al Ministerio de Educación y a las Consejerías correspondientes. El desarrollo de esta medida a nivel nacional supondría un cambio de paradigma para el sector profesional de la prevención de adicciones, ya que implicaría asumir la prevención como ciencia, descartando cualquier acción pseudo-preventiva. Asimismo, exigiría establecer formalmente el modo de intervención de los profesionales de la prevención en el sistema educativo, ya sea formando parte del mismo o como colaboradores externos pertenecientes a la red de prevención. Y, en consecuencia, el reconocimiento a la profesión y la limitación del intrusismo (muchas veces basado en las buenas intenciones, pero no siempre fundamentado en las buenas prácticas).

La mejora de la coordinación intra e interinstitucional a todos los niveles es otra de las cuestiones de mayor calado, especialmente cuando se debate la integración o correlación y coordinación de la prevención de adicciones con la prevención y promoción de la salud mental. Esto exige reordenar el conjunto de iniciativas parciales de prevención que hoy por hoy se presentan aisladamente. Cabe esperar un debate previo en el que participen diversos agentes involucrados en la prevención, pero le corresponde al Ministerio de Sanidad y a las respectivas consejerías de las CCAA tomar la iniciativa.

La mejora de la situación laboral de los y las profesionales también es otro aspecto que ineludiblemente debe abordarse. Debe avanzarse en lo relativo al rol y categoría profesional, dedicación, horarios, salarios, carrera profesional, etc., como elementos clave para la consolidación de una plantilla o red de profesionales que permita la sostenibilidad de las acciones preventivas. Asimismo, estos aspectos guardan a su vez relación con los procesos de formación, titulación y acreditación, y que puede implicar la participación de las administraciones gestoras de estas cuestiones, además de otras ya mencionadas.

Otra cuestión que lleva tiempo presente en el debate en el sector de la prevención es la clarificación y mejora de las relaciones entre las ONG y la Administración en su doble papel de representantes y/o agentes sociales del sector y de entidades prestadoras de servicios de prevención en las áreas de investigación, innovación, diseño y aplicación de programas. Resulta clave su sostenibilidad, pero también el incremento de su eficiencia, minimizando los vacíos y duplicidades. A este respecto, no sólo la coordinación resulta clave, sino que un proceso de acreditación de profesionales y programas preventivos debe conllevar una mejora de la financiación con la que las entidades del Tercer Sector desarrollan su labor pero, al mismo tiempo, un mayor nivel de exigencia de la calidad con la que estas se llevan a cabo para optar a la financiación pública.

El desarrollo del importante conjunto de propuestas de mejora que se han planteado en el presente estudio confluye en la reconsideración de cómo está creada y sustentada la red pública de prevención de adicciones. Su carácter debe ser no sólo eminentemente profesional, sino que debe ser exclusivamente profesional, en equivalencia con las redes asistenciales de las adicciones o salud mental. Debe establecerse claramente su composición, competencias y ratios profesional/población/territorio reguladas que permitan una distribución homogénea en el territorio, que salvaguarde los principios de universalidad y equidad. Una iniciativa de estas características es lo suficientemente compleja como para requerir la participación de los tres niveles de la Administración del Estado y de las ONG; así como la aplicación de medidas legislativas, ejecutivas, presupuestarias, técnicas y políticas. Un modelo a considerar sería el Plan Concertado de Servicios Sociales, que ha impulsado el desarrollo de estos servicios en nuestro país durante las últimas décadas mediante un acuerdo de las tres administraciones.

CONCLUSIONES

Tampoco se puede obviar el papel activo y la corresponsabilidad de los propios profesionales de la prevención de adicciones en la mejora y sostenibilidad de las intervenciones. En este sentido, organizarse y dotarse de algún modo de representación puede contribuir no sólo a dar mayor visibilidad a sus necesidades y a la labor que se realiza, sino que también permitiría una mayor exigencia dentro del sector respecto a la praxis profesional desde estándares de calidad y buenas prácticas.

Se podrían seguir poniendo ejemplos sobre las implicaciones del desarrollo de las propuestas de mejora, pero baste una muestra para visualizar el tipo de reformas que implican. ¿Qué hacer? Cuando las respuestas sobre necesidades y mejoras (con las reformas que implican) se presentan simultáneamente en campos tan diversos y lo hacen de un modo circular, en el sentido de que muchas de ellas son causa y a la vez consecuencia de las otras, hay que considerar un nivel de análisis superior al de la suma de las partes y un abordaje más integral que el de las reformas parciales por separado. En ese sentido, habría que pensar en un análisis sistémico capaz de reflejar el conjunto y orientado a la toma de decisiones, lo que en la práctica implicaría un diagnóstico y una hoja de ruta que permita abordar con garantías los retos y mejoras que se precisan.

Formulamos de nuevo la pregunta. ¿Qué hacer? Es la vieja pregunta de Alicia y la respuesta del gato de Cheshire: ¿Qué camino debo escoger? Eso depende de donde quieras ir. Algunas claves que deben orientar el necesario debate en el que deben estar representados todos los agentes activos de la prevención de adicciones, podrían ser:

- La parte diagnóstica debería recoger los avances realizados en prevención en las últimas décadas en nuestro país. Por tanto, sería adecuado pensar en una revisión de las políticas de prevención de adicciones.
- Teniendo en cuenta que las respuestas de los profesionales apuntan no sólo a la necesidad de un incremento de recursos, sino también a la necesidad de dotarlos de una organización coherente, uno de los objetivos-guía de dicha revisión debería ser ordenar el sector.
- Para ordenar el sector hay que disponer de un modelo de referencia, dicho modelo debería explicitar los elementos que asume de las propuestas de mejora de los profesionales, entre otros. ¿Cómo? De nuevo Alicia formularía la pregunta obteniendo la misma respuesta del gato de Cheshire. Depende de a dónde se quiera ir.
- El modelo debería determinar el grado de integración en salud mental. O determinar su no integración y desarrollar un modelo propio pero coordinado con salud mental. En todo caso, la prevención de adicciones no debería permanecer al margen del actual debate sobre salud mental, tanto porque forma parte del mismo como por sus aportaciones. La experiencia acumulada por el sector de la prevención de adicciones y su desarrollo técnico/metodológico representa una contribución decisiva para la prevención de otros problemas psicosociales y de salud mental en nuestro país.
- Disponer de un modelo explícito de referencia permitiría realizar un diagnóstico focalizado en el cambio, adoptando un formato tipo DAFO más centrado en el cómo que en el qué.

Bien, y una vez interiorizada la necesidad de cambio y asumida la decisión de que debe producirse, ¿quién debe promoverlo? Ajustándonos siempre al marco competencial autonómico propio de este país, parece claro que debe ser en el marco del PNSD, que da cabida a todas las partes implicadas, en el que

CONCLUSIONES

se elabore tanto un diagnóstico de estas características como la creación de una hoja de ruta que pueda ser asumida a nivel nacional, teniendo en cuenta además la tradición de consenso político y técnico que se ha establecido históricamente en ese contexto. Ambas tareas deberían estar precedidas de un debate que ofrezca participación a otros actores relevantes de la prevención.

Desde su constitución en 1985, el PNSD se ha ido dotando de los instrumentos técnicos e institucionales necesarios para abordar un fenómeno tan complejo y multifacético como las adicciones: la propia oficina de la Delegación del Gobierno, las oficinas de coordinación autonómicas, los mecanismos de coordinación interministerial, la Conferencia Sectorial y la Comisión Sectorial de Drogas, y el Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones, entre otros. Esos instrumentos han sido clave para el desarrollo de la política sobre drogas del Estado español y pueden seguir siendo los adecuados para abordar la complejidad y diversidad que plantean las propuestas de mejora de los profesionales de la prevención y los retos del siglo XXI.

Así pues, no se trata empezar de cero, quizá sí de reactivar, actualizar, impulsar, profesionalizar, comprender las necesidades presentes y nuevos retos que plantea la prevención de adicciones con y sin sustancias, la perspectiva de género y la comorbilidad con la salud mental. Como sociedad, afrontamos la construcción de una arquitectura de la prevención de adicciones sustentada en la excelencia, la calidad y la buena gobernanza. Una buena ocasión para realizar esa revisión del pasado de la prevención y plantear una propuesta de futuro con suficiente perspectiva sería el año 2025, fecha en la que el PNSD celebra su 40 aniversario. Todos y todas las profesionales de la prevención de adicciones damos sentido a estos 40 años. De aquí en adelante, que el camino sea largo, lleno de experiencias, que nos volvamos más sabios y sabias, y entendamos qué significan las Itacas.