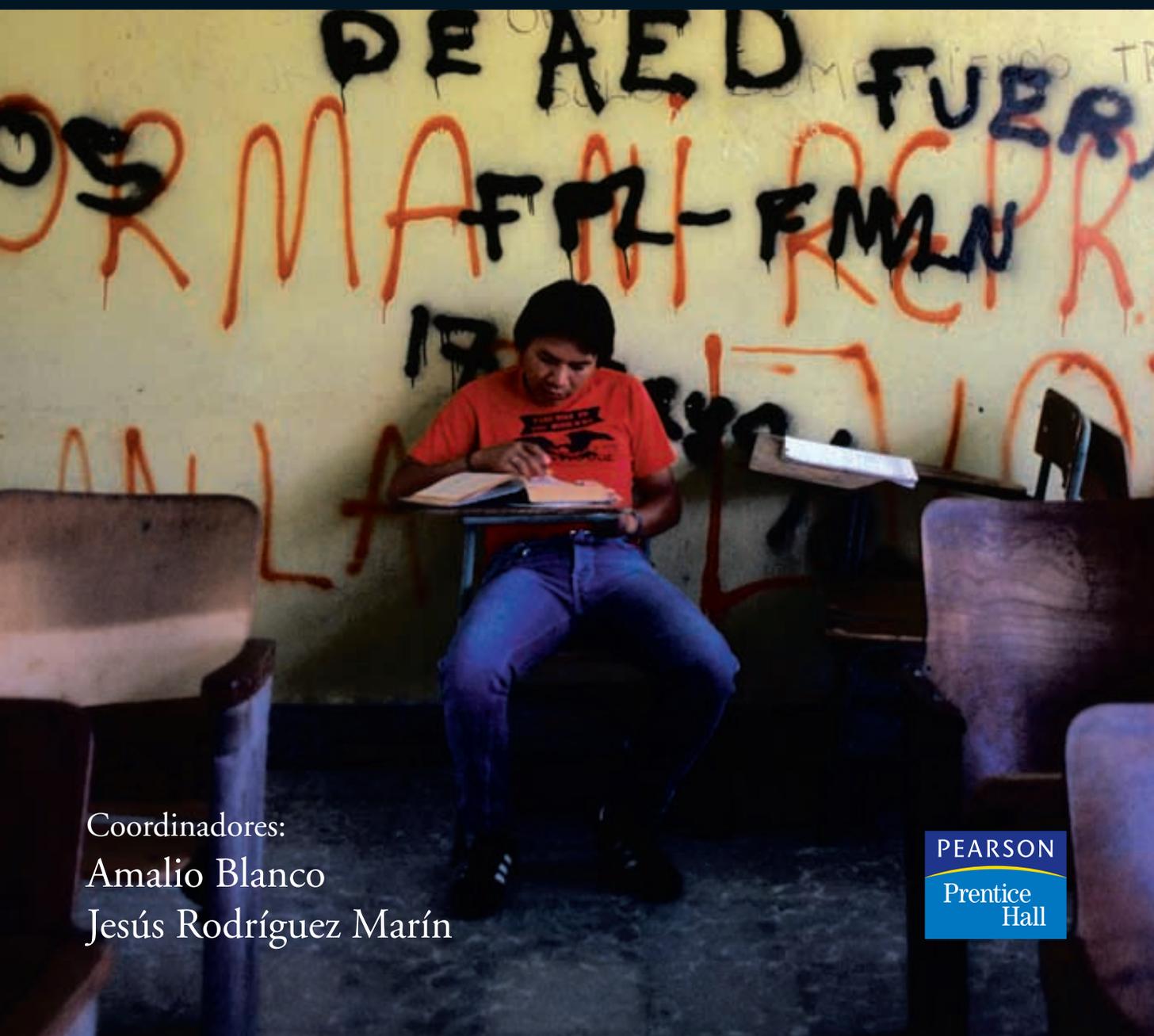




Intervención Psicosocial



Coordinadores:
Amalio Blanco
Jesús Rodríguez Marín

PEARSON
Prentice
Hall

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

Amalio Blanco
Universidad Autónoma de Madrid
Jesús Rodríguez Marín
Universidad “Miguel Hernández” (Elche)

Autores:

Enrique Alonso, Sonia Hernández, Carmen Pozo
Universidad de Almería (Almería - España)

Elvia Vargas Trujillo
Universidad de Los Andes (Bogotá - Colombia)

Amalio Blanco, Hilda Gambará, Jorge S. López, Bárbara Scandroglio
Universidad Autónoma de Madrid (Madrid - España)

Sergi Valera
Universidad de Barcelona (Barcelona - España)

Silvia Ubillos
Universidad de Burgos (Burgos - España)

Bárbara V. Marín
Universidad de California (San Francisco - USA)

Mauricio Gaborit, Sol Yáñez, Mario Zetino Duarte
Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas” (El Salvador)

Fernando Chacón
Universidad Complutense de Madrid (Madrid - España)

Isabel Cañadas, José Antonio García del Castillo, José Joaquín Mira, Jesús Rodríguez Marín
Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante - España)

Camilo Madariaga
Universidad del Norte (Barranquilla - Colombia)

Amaia Bravo, Jorge F. del Valle
Universidad de Oviedo

Isabel María Herrera, José María León, Manuel Martínez, Silvia Medina
Universidad de Sevilla (Sevilla - España)

Isabel Balaguer, Enrique Gracia
Universitat de Valencia (Valencia - España)

Karin Coyle, Cherri Gardner
Education and Training Research (ETR) Associates, Scotts Valley (CA - USA)

Julia Martínez
Asociación de Intervención y Mediación Intercultural ADILA (Sevilla - España)

Jennifer Cummings
Consultora de Educación para la Salud en Scottsdale (Arizona - USA)

Carlos Martín Beristain
Coordinador del informe Guatemala Nunca Más y asesor de Comisiones de la Verdad

M^a Luisa Cabrera
Doctora en Psicología social (Guatemala)



Madrid – México – Santafé de Bogotá – Buenos Aires – Caracas – Lima
Montevideo – San Juan – San José – Santiago – São Paulo – White Plains

Datos de catalogación bibliográfica

Amalio Blanco Abarca y Jesús Rodríguez Marín (coords.)

Intervención Psicosocial

PEARSON EDUCACIÓN, S.A. Madrid, 2007

ISBN 13: 978-84-8322-314-7

Materia: 316.6

Formato: 19,5 x 25,0

Páginas: ???

Todos los derechos reservados.

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (*arts 270 y sgts. Código Penal*).

DERECHOS RESERVADOS:

© 2007 PEARSON EDUCACIÓN, S.A.

Ribera del Loira, 28

28042 Madrid (España)

Amalio Blanco Abarca y Jesús Rodríguez Marín (Coords.)

Intervención psicosocial

ISBN 13: 978-84-8322-314-7

Depósito Legal: M-

Equipo editorial:

Editor: Alberto Cañizal

Técnico editorial: Elena Bazaco

Equipo de Producción:

Director: José Antonio Clares

Técnico: Diego Marín

Cubierta: Equipo de Diseño de PEARSON EDUCACIÓN, S.A.

Composición: Opción K, S. L.

Impreso por:

IMPRESO EN ESPAÑA - PRINTED IN SPAIN

Este libro ha sido impreso con papel y tinta ecológicos

Índice de contenidos

PARTE I. LOS FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y AXIOLÓGICOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL	1
Capítulo 1. Los fundamentos de la intervención psicosocial (<i>Amalio Blanco y Sergi Valera</i>)	3
PARTE II. EL DISEÑO DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL	45
Capítulo 2. El diseño de un programa de Intervención (<i>Jesús Rodríguez Marín, Isabel Cañadas, José Antonio García del Castillo y José J. Mira</i>)	47
Capítulo 3. Diseño de una intervención psicosocial dirigida al incremento de la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos (<i>Carmen Pozo, Enrique Alonso y Sonia Hernández</i>)	75
Capítulo 4. Intervención psicosocial frente al VIH/SIDA (<i>Silvia Ubillos</i>)	103
Capítulo 5. Clima motivacional, calidad de la implicación y bienestar psicológico: una propuesta de intervención en equipos deportivos (<i>Isabel Balaguer</i>)	135
Capítulo 6. Intervención psicosocial para la promoción del desarrollo humano de niños en condiciones de pobreza (<i>Camilo Madariaga</i>)	163
Capítulo 7. Reconstruir el tejido social mediante la práctica de transformar el pasado: diseño de una intervención en violencia política (<i>Mauricio Gaborit</i>)	185
PARTE III. EL PROCESO DE IMPLEMENTAR PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL	207
Capítulo 8. La implementación de programas de intervención (<i>Isabel Herrera, José M^a León y Silvia Medina</i>)	209
Capítulo 9. Esa tarde perdimos el sentido. La masacre de Xamán. Experiencias de acompañamiento y trabajo en salud mental (<i>Carlos Martín Beristain y María Luisa Cabrera</i>)	255
Capítulo 10. Implementación de un programa para demorar el inicio de la actividad sexual en adolescentes (<i>Bárbara V. Marín, Karin Coyle, Cherri Gardner y Jennifer Cummings</i>)	279
Capítulo 11. El apoyo social a domicilio: la prevención del riesgo social en familias mediante visitas al hogar (<i>Enrique Gracia</i>)	301
Capítulo 12. Una intervención comunitaria para incrementar las donaciones de sangre en un campus universitario (<i>Fernando Chacón</i>)	323
Capítulo 13. Implementación de un programa de prevención de drogas (<i>José Antonio García del Castillo, Carmen López, Jesús Rodríguez Marín, Isabel Cañadas y José J. Mira</i>)	341
Capítulo 14. Las catástrofes tienen rostro humano. Apoyo psicosocial en tiempos de vulnerabilidad (<i>Sol Yáñez</i>)	377
PARTE IV. LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL	403
Capítulo 15. Evaluación de programas de intervención psicosocial (<i>Hilda Gambará y Elvia Vargas</i>)	405
Capítulo 16. La evaluación de programas de acogimiento residencial de protección infantil (<i>Jorge F. del Valle y Amaia Bravo</i>)	457

Capítulo 17. Evaluación participativa y de empoderamiento de programas de intervención con inmigrantes (<i>Manuel Francisco Martínez y Julia Martínez</i>)	481
Capítulo 18. El servicio de consejería familiar de una oficina de consejos familiares en Suecia (<i>Mario Zetino Duarte</i>)	511
Capítulo 19. El reto de evaluar programas sociales inadecuadamente planificados: un caso colombiano (<i>Elvia Vargas Trujillo</i>)	533
PARTE V. LA METODOLOGÍA CUALITATIVA EN LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL	553
Capítulo 20. De la investigación a la intervención psicosocial: la metodología cualitativa y su integración con la metodología cuantitativa (<i>Jorge S. López y Bárbara Scandroglio</i>)	555



PARTE

Los fundamentos teóricos y axiológicos de la intervención psicosocial

Capítulo 1. Los fundamentos de la intervención psicosocial
Amalio Blanco y Sergi Valera.

CAPÍTULO 1

Los fundamentos de la intervención psicosocial

Amalio Blanco y Sergi Valera

*La preocupación por el bienestar del ser humano y por su destino
debe ser el principal motivo de toda empresa técnica...
a fin de que las creaciones de nuestra inteligencia sean beneficiosas
y no una maldición para la humanidad.
No olvidéis jamás eso en medio de vuestros gráficos
y vuestras ecuaciones.*

Albert Einstein.



COMPENDIO DEL CAPÍTULO

La Psicología, en su vertiente teórica y aplicada, es una ciencia al servicio del bienestar de personas, de grupos de comunidades. Este es el fundamento de la intervención tal y como la entendemos a lo largo de este prolijo texto. Este primer capítulo quiere ir desentrañando las razones que se encuentran detrás de esta apuesta. Lo hace de acuerdo con los siguientes pasos:

1. El principio emancipación
 2. Las aspiraciones morales de la ciencia social
 3. El bienestar como objetivo
 4. Emancipación, liberación y bienestar
 5. Aplicar e intervenir
 6. Problemas y necesidades sociales
 7. Ámbitos de la intervención psicosocial
 8. Conclusiones
-

Fundamentar teóricamente la intervención, saber qué queremos hacer, de qué herramientas conceptuales y metodológicas nos vamos a servir, y a dónde queremos llegar: ese es el primer paso de nuestra actividad como profesionales de la Psicología, no importa si lo que pretendemos es ayudar a superar el trauma causado por la violencia política en una comunidad guatemalteca, prevenir el riesgo de contraer el SIDA en mujeres jóvenes del barrio de Alza (San Sebastián), animar a los estudiantes universitarios de Madrid a donar sangre, facilitar la inserción de la población inmigrante en el mercado laboral de la comunidad andaluza, o proporcionar un entorno residencial acogedor a menores desprotegidos. Ese es el primer paso de una Psicología sin adjetivos que orilla sus diferencias, reales o interesadas, para concentrar toda su energía en ayudar a que la gente se sienta bien consigo misma, con sus vidas y con su entorno social, en dotarles de herramientas para afrontar situaciones que creen imposibles, en potenciar sus competencias y habilidades para que sean capaces de retomar el control sobre su propia vida, en convencerles de que pueden llegar a ser protagonistas de su propio proceso de cambio, en hacerles conscientes de que a veces es necesario cambiar algunos elementos del medio en el que se encuentran para poner freno a sus desventuras, y en demostrarles que juntos pueden más que solos. Parece claro, ya de entrada, que no podemos hablar de intervención sin tomar en consideración a las personas implicadas en ella como beneficiarios. Además de parecer una obviedad, contar como protagonistas con las personas a las que va dirigida constituye hoy en día un supuesto imprescindible en cualquier programa de intervención. Interesa subrayar desde el principio que ese protagonismo no los convierte en meros receptores de las indicaciones procedentes de los expertos, ni los reduce a simples participantes en las actividades que requiera el programa, sino que pide de ellos el papel de «actores» en cada uno de los tres momentos del proceso: en el diseño, en la ejecución y en la evaluación del programa (véase epígrafes «La participación comunitaria» y «La Investigación-Acción-Participativa» en los capítulos 6 y 20 respectivamente). A lo largo de este manual hay ejemplos muy clarificadores, sobre todo aquellos que definen de manera explícita la naturaleza comunitaria de la intervención, como es el caso de la recuperación de la memoria histórica (Capítulo 7), el trabajo en salud mental en la Comunidad Aurora 8 de octubre (Capítulo 9), o el intento de ayudar a adolescentes latinos de California a demorar el inicio de su actividad sexual para prevenir el VIH y el embarazo no deseado mediante un programa escolar (Capítulo 10).

Esa Psicología sin adjetivos nos invita, pues, a dar la voz a sus actores, y nos compromete también a señalar y denunciar aquellas condiciones en las que no resulta posible conseguir que la gente se sienta bien consigo misma, con sus vidas y con su entorno, porque han tenido la desgracia de nacer en medio de la pobreza extrema que azota una parte importante del Departamento Atlántico colombiano (véase Capítulo 6), porque forman parte de una sociedad que define las relaciones ente hombre y mujer en términos de poder y sumisión (véase Capítulo 4), porque han sido diezmados debido a su ideología política (véase Capítulo 9), porque son víctimas reiteradas de desastres naturales debido a la ineficacia y corrupción política (véase Capítulo 14), o porque han tenido la imperiosa necesidad de emigrar para poder sobrevivir (véase Capítulo 17), así hasta un largo etcétera. Es imprescindible subrayar que todo esto lo hacemos porque disponemos de un inestimable apoyo teórico, metodológico y técnico para poder hacerlo, como se pone claramente de manifiesto a lo largo de todo este texto, y porque la Psicología es el marco en el que se inscribe nuestra actividad más allá de las ideas y valores que cada uno de nosotros tenga a bien defender a título personal. Para ello tenemos una gran ventaja: somos muchos, estamos muy convencidos de lo que queremos y además no estamos solos.

1. EL PRINCIPIO DE EMANCIPACIÓN

De hecho, la importancia de que la gente se sienta bien consigo misma y la necesidad de mirar a su alrededor para intentar localizar la fuente de sus problemas y desventuras es una de las ideas capitales de la práctica totalidad de las ciencias sociales. Sin ir más lejos, ya en 1789 Jeremy Bentham introducía en sus *Principios de*

moralidad y legislación un concepto sobre el que volveremos una y otra vez a lo largo de este capítulo, el concepto de bienestar. Bentham lo equiparaba con la felicidad, y entendía que ésta era el resultado del balance neto del placer sobre el dolor en las experiencias vitales, idea que trescientos años después reaparecerá con fuerza en una de las tradiciones más solventes en el estudio del bienestar, la tradición hedónica que, como tendremos oportunidad de ver, retoma las experiencias emocionales positivas y negativas como marco para la satisfacción con la vida.

El camino teórico hacia el bienestar tiene un recorrido largo; la preocupación por descubrir la fuente del desasosiego y la infelicidad forma parte de la propia entraña de la ciencia social y alcanza rango de tradición teórica a lo largo del siglo XIX, cuando aquel idílico orden social emanado del medievo empieza a resquebrajarse a resultas de la revolución tecnológica. Augusto Comte, Emilio Durkheim, Max Weber, Carlos Marx, Fernando Tönnies, etc., testigos privilegiados, mostrarán su preocupación por este hecho y se sentirán obligados a lanzar a los cuatro vientos una voz de alarma que quizás hoy se nos antoja injustificada: la nueva situación, apoyada en un crecimiento demográfico emanado del cese de conflictos bélicos y en un cambio radical en las relaciones de producción debido a la revolución tecnológica, estaba creando condiciones a todas luces perjudiciales tanto para las personas como para la estabilidad social. Se trata de una conclusión a la que cada uno de ellos llegó desde peripecias biográficas distintas, desde posiciones políticas diferentes (con frecuencia antagónicas), y desde tradiciones teóricas a veces irreconciliables. Todo ello, sin embargo, quedó supeditado a un denominador común: su fina sensibilidad, su honda preocupación y su meditado compromiso por las que creían ser devastadoras consecuencias que el nuevo orden social, derivado de la revolución tecnológica y de los nuevos modelos de producción, estaba acarreado para grandes masas de población. En un determinado momento todos ellos miraron de soslayo y con un rictus de desconfianza al progreso (Cuadro 1.1) y comprometieron su pensamiento teórico y su acción política en intentar descubrir primero y paliar después sus efectos perniciosos: no cabe la indiferencia frente a un orden social que arrastra al desarraigo, que siega de raíz el sentimiento de pertenencia, que condenaba de manera irremediable al anonimato y a la pobreza, que preconizaba el desorden moral, que justificaba la explotación infantil, y un largo y sombrío etcétera. Con ello dejaron definitivamente trazado, a pesar de los vaivenes posteriores, el camino a seguir: la ciencia social no puede permitirse el lujo de circunscribirse a un frío y metódico análisis de las cosas tal y como son sin hacer una decidida apuesta por las cosas tal y como deberían ser, o tal y como podrían haber sido de haberse conducido por derroteros capaces de evitar esos azotes sociales y tribulaciones personales. La ciencia social no es, pues, ajena a los valores. Más de un siglo después, Ignacio Martín-Baró, que se dejó la vida en una lucha sin cuartel por hacer menos desfavorecidos a los más desfavorecidos, volvería sobre esta idea para erigirla en principio axial de su posición epistemológica, tan acerbamente crítica con el positivismo (la realidad se limita a lo dado) como con el idealismo metodológico (anteponer los conceptos a la realidad):

Los «hechos» y los «por hacer»

«El no reconocer más que lo dado lleva a ignorar aquello que la realidad existente niega, es decir, aquello que no existe, pero que sería históricamente posible, si se dieran otras condiciones... Considerar que la realidad no es más que lo dado, que el campesino salvadoreño es sin más fatalista o el negro menos inteligente, constituye una ideologización de la realidad que termina consagrando como natural al orden existente... Resulta paradójico que ese positivismo se combine, en la investigación psicológica, con un idealismo metodológico. Pues idealista es el esquema que antepone el marco teórico al análisis de la realidad, y que no da más pasos en la exploración de los hechos que aquellos que le indica la formulación de sus hipótesis» (Martín-Baró, 1998, p. 290-291).

Preocupación y desasosiego por el curso de los acontecimientos que arrastra el cambio tecnológico. Raymond Aron, uno de sus más cualificados estudiosos, lo expresa con precisión: «... el hecho que impresiona a todos los observadores de la sociedad a principios del siglo XIX es la industria» (Aron, 1980, p. 100). Realmente

impresionan muchas cosas (hasta media docena llega a apuntar el gran pensador francés), pero para nuestros modestos propósitos nos bastan las dos siguientes: *a*) la organización científica del trabajo que, al tiempo que crea riqueza, consigue incrementar el número de personas desheredadas, y *b*) la concentración de obreros en los núcleos industriales, que desata la furia (esa era su impresión) de fenómenos sociales hasta entonces desconocidos. A nosotros nos sigue impresionando su actualidad, la capacidad que estos pensadores siguen teniendo para arrojar luz sobre alguno de los acontecimientos que definen nuestra realidad; nos impresiona su «inexhausta vitalidad» (en palabras de Ortega).

CUADRO 1.1. EL OSCURO REVERSO DEL PROGRESO

Autor	
Auguste Comte	<p>El dominio de un sistema de ideas teológicas y metafísicas previas al sistema positivo y la confusa mezcla entre ellas ha conducido a:</p> <p>A) <i>Anarquía intelectual</i>: «La consecuencia más universal de esta fatal situación, su resultado más directo y más funesto, fuente primera de todos los demás desórdenes esenciales, consiste en la extensión, siempre en aumento y ya inquietante, de la anarquía intelectual, constatada, por lo demás, por todos los auténticos observadores, pese a la divergencia extremada de sus opiniones especulativas acerca de su causa y su terminación».</p> <p>B) <i>Desorganización moral</i>: «El resultado general inevitable de una epidemia crónica semejante ha tenido que ser, por evidente necesidad, la demolición gradual, ya casi total, de la moral pública que, escasamente apoyada en la mayoría de los hombres sobre el entendimiento directo, necesita, por encima de todo, que los hábitos respectivos se guíen constantemente por medio del uniforme asentimiento de las voluntades individuales a las reglas comunes e invariables, adecuadas para fijar, en cada ocasión grave, la verdadera noción del bien público».</p> <p>C) <i>Corrupción política</i>: «Viene ahora, como consecuencia necesaria y directa de parejo desorden, el segundo carácter general de nuestra situación fundamental, la corrupción sistemática, erigida en lo sucesivo en un medio indispensable de gobierno».</p> <p>D) <i>Preponderancia del punto de vista material</i> y a corto plazo.</p> <p>E) <i>Predominio de la ambición vulgar</i> (Comte, 1981, p. 11, 86, 93, 100).</p>
Émile Durkheim	<p>«Esta concomitancia [suicidio y solidaridad orgánica] basta para probar que el progreso no aumenta mucho nuestra felicidad, ya que ésta decrece, y en proporciones muy graves, desde el momento mismo en que la división del trabajo se desenvuelve con una energía y una rapidez jamás conocidas. Si no existe razón para decir que haya efectivamente disminuido nuestra capacidad de goce, es más imposible todavía creer que la haya aumentado sensiblemente... No hay relación alguna entre las variaciones de la felicidad y los progresos de la división del trabajo» (Durkheim, 1928, p. 290-291).</p>
K.Marx/F.Engels	<p>«Dentro del sistema capitalista, todos los métodos encaminados a intensificar la fuerza productiva social del trabajo se realizan a expensas del obrero individual; todos los medios enderezados al desarrollo de la producción se truecan en medios de explotación y esclavizamiento del productor, mutilan al obrero convirtiéndolo en un hombre fragmentario, lo rebajan a la categoría de apéndice de la máquina, destruyen con la tortura de su trabajo el contenido de éste, le enajenan las potencias espirituales del proceso del trabajo en la medida en que a éste se incorpora la ciencia como potencia independiente; corrompe las condiciones bajo las cuales trabaja; le someten, durante la ejecución de su trabajo al despotismo más odioso y más mezquino; convierten todas las horas de su vida en horas de trabajo; lanzan a sus mujeres y a sus hijos bajo la rueda trituradora del capital» (Marx, 1946, p. 546-547).</p> <p>«Pero si la sociedad reduce a centenares de proletarios a un estado tal, que, necesariamente, caen víctimas de una muerte prematura y antinatural, de una muerte tan violenta como la muerte por medio de la espada o de una maza... Se comprende que una clase que vive en las condiciones arriba descritas y que está tan miserablemente olvidada que tiene las más apremiantes necesidades para vivir, no puede ser sana ni llegar a la vejez» (Engels, 1979, p. 103-104).</p>

CUADRO 1.1. EL OSCURO REVERSO DEL PROGRESO (*Continuación*)

Ferdinand Tönnies	«La teoría de la <i>Gesellschaft</i> o asociación trata de la construcción artificial de una amalgama de seres humanos que en la superficie se asemeja a la <i>Gemeinschaft</i> o comunidad en que los individuos conviven pacíficamente. Sin embargo, en la comunidad permanecen unidos a pesar de todos los factores que tienden a separarlos, mientras que en la <i>Gesellschaft</i> permanecen esencialmente separados a pesar de todos los factores tendentes a su unificación. En la <i>Gesellschaft</i> , a diferencia de la <i>Gemeinschaft</i> , no topamos con acciones que puedan derivarse de una unidad a priori y necesariamente existente; con ninguna acción, por tanto, que manifieste la voluntad y el espíritu de la unidad todavía realizada por el individuo; con ninguna acción que, en la medida en que haya sido realizada por el individuo, tenga repercusión sobre aquellos que permanecen vinculados a él. Tales acciones no existen en la asociación. Antes bien, cada uno se mantiene por sí mismo y de manera aislada, y hasta se da cierta condición de tensión hacia los demás. Sus esferas de actividad y dominio se encuentran separadas tajantemente, tanto que todos en general rechazan el contacto con los demás y la inclusión de éstos en la esfera propia...» (Tönnies, 1979, p. 67).
Max Weber	Las preocupaciones de Weber respecto a la sociedad moderna se asientan sobre un elemento preponderante: <i>la razón instrumental</i> , la más enfervorecida tiranía de la razón (<i>todo puede ser dominado por el cálculo y la previsión</i>) sin un asomo de moralidad; el peligro que entraña la racionalización como un proceso que crea progreso pero arrasa con valores tradicionales: con el soporte y el apoyo de lo comunal, de lo patriarcal, con la ilusión de «lo encantado» que hay en el mundo. El predominio de una ética de la convicción sin una ética de la responsabilidad conducen a Weber a una predicción sombría: «Lo que tenemos ante nosotros no es la alborada del estío, sino una noche polar de una dureza y una oscuridad heladora, cualesquiera que sean los grupos que ahora triunfen. Allí en donde no hay nada, en efecto, no es solo el Emperador el que pierde sus derechos, sino también el propietario». Se ha excluido lo mágico del mundo, y entonces «... cabe preguntarse si todo este proceso de desmagificación, si todo este “progreso” en el que la ciencia se inserta como elemento integrante y fuerza propulsora, tiene algún sentido que trascienda de lo puramente práctico y técnico». «Tras la aniquiladora crítica nietzscheana a aquellos “últimos hombres que habían encontrado la felicidad”, puedo dejar de lado el ingenuo optimismo que festejaba en la ciencia, es decir en la técnica científicamente fundamentada, el camino hacia la “felicidad”. ¿Quién cree hoy día en eso, si se exceptúan algunos niños grandes de los que pueblan las cátedras o las salas de redacción de los periódicos?» (Weber, 1967, p. 177, 200, y 207).

El profundo desasosiego por la «quiebra de lo antiguo» (la pérdida de comunidad que deja inerte y desvalido al sujeto frente a un orden y una estructura social avasalladora), en palabras de Robert Nisbet, y por la introducción de un modelo de producción que se deja acompañar de fuertes contradicciones se erige en denominador común, y poner remedio a ambas se convierte para estos pensadores en una «cuestión de urgencia moral». Ello nos permite señalar que, desde sus mismos orígenes, la ciencia social estuvo dominada por aspiraciones morales; por el deseo del «mejoramiento continuo no sólo de nuestra condición, sino sobre todo de nuestra naturaleza», como escribiera Comte en su «Discurso sobre el espíritu positivo» y han reiterado otros muchos después de él:

Las urgencias morales de la ciencia social

«Las grandes ideas de las ciencias sociales tienen invariablemente sus raíces en aspiraciones morales. Por abstractas que las ideas sean a veces, por neutrales que parezcan a los teóricos e investigadores nunca se despojan, en realidad, de sus orígenes morales. Esto es particularmente cierto con relación a las ideas de que nos ocupamos en este libro [las ideas de *comunidad, autoridad, estatus, lo sagrado y alineación*]. Ellas no surgieron del razonamiento simple y carente de compromisos morales de la ciencia pura. No es desmerecer la grandeza de hombres como Weber y Durkheim afirmar que trabajaban con materiales intelectuales — valores, conceptos y teorías — que jamás hubieran llegado a poseer sin los persistentes conflictos morales del siglo XIX. Cada una de las ideas mencionadas aparece por primera vez en forma de una aspiración moral,

sin ambigüedades ni disfraces. La comunidad comienza como valor moral; sólo gradualmente se hace notoria en el pensamiento sociológico del siglo la secularización de este concepto. Lo mismo podemos decir de la alineación, la autoridad, el estatus, etc. Estas ideas nunca pierden por completo su textura moral. Aun en los escritos científicos de Weber y Durkheim, un siglo después de que aquéllas hicieran su aparición, se conserva vívido el elemento moral. Los grandes sociólogos jamás dejaron de ser filósofos morales» (Nisbet, 1969, p. 33-34).

Esas aspiraciones han quedado tradicionalmente recogidas en un supuesto tenaz: la idea fundante de la ciencia social responde al principio emancipación. Lo había dejado claramente apuntado el mismísimo Augusto Comte bajo los siguientes supuestos: *a)* más que necesario, se hace imperioso liberar a la ciencia social de las ideas metafísicas y teológicas en las que ha quedado atrapada; *b)* urge, asimismo, conciliar el orden y el progreso abriendo la participación del proletariado en los beneficios del sistema industrial; *c)* dicho en otros términos: es necesario mejorar las condiciones de la clase trabajadora; *d)* todo ello conduce, de manera prácticamente inevitable, a una decidida apuesta por el cambio social. No le faltó perspicacia al Sumo Sacerdote del positivismo; hoy sabemos, además, que tampoco le faltó razón en muchas de sus apreciaciones. Se trata, diría siglo y medio después Jürgen Habermas, de un «interés cognoscitivo emancipatorio [que] asegura la conexión del saber teórico con una práctica vital» (Habermas, 1982, p. 325), que en nuestro caso se traduce en una práctica sólidamente fundamentada en los principios teóricos emanados de la Psicología social. Emancipar, dice el Diccionario de la Real Academia, significa «libertar de la patria potestad, de la tutela o de la servidumbre»; liberarse de cualquier clase de subordinación o dependencia procedente de fuerzas externas que rodean la vida de las personas.

Esas aspiraciones morales que marcaron el quehacer teórico de los grandes maestros de la ciencia social sirven para señalar las metas y para identificar los valores que rigen hoy nuestro quehacer como profesionales de la Psicología en un contexto social lógicamente renovado, pero donde la injusticia, la desigualdad, el cuestionamiento del progreso o la necesidad de participación continúan siendo, como entonces, temas decisivos para el desarrollo humano y requieren abordaje urgente. Frente al debate respecto a la metodología, en buena medida adornado de tanta vanidad y tanta falacia, que ha ocupado a la Psicología social en las dos últimas décadas, merece la pena otro de consecuencias mucho más útiles: si lo que hacemos responde o no a los principios fundantes de la ciencia social, sirve a sus objetivos y da respuesta a su razón de ser.

2. LAS ASPIRACIONES MORALES DE LA CIENCIA SOCIAL

Muy posiblemente la argumentación que tenemos entre manos desde el primer párrafo quepa dentro del marco de una ciencia social empeñada en la mejora continua de las condiciones de nuestra existencia. Ya sabemos que es el gran Augusto Comte el promotor de esta idea; sabemos también que la ciencia social se ocupa además de la mejora de nuestra naturaleza. Ya lo hemos advertido al comienzo del capítulo: como parte de la ciencia social, la Psicología está interesada en ayudar a que la gente se sienta bien consigo misma y a lograr que sea capaz de tomar las riendas de su propio bienestar. Lo que ahora queremos es unir ambas posiciones para proponer que es la mejora de las condiciones de vida lo que nos va a ayudar a mejorar nuestra naturaleza, lo que nos va a ayudar a conseguir algo que constituye una parte importante de nuestro quehacer a lo largo de nuestra vida.

A poco que reflexionemos sobre estas consideraciones nos daremos cuenta de que dedicamos un notable esfuerzo para intentar sentirnos bien con nosotros mismos, con nuestras vidas y con nuestro entorno

social, independientemente y, a veces, a pesar de la multiplicidad de circunstancias que nos rodean y que nos afectan directa o indirectamente, para bien o para mal. De hecho, un buen número de teorías en Psicología social (alguna teoría motivacional, las teorías de la disonancia, de la consonancia, del equilibrio, de la congruencia) dan cuenta, en mayor o menor medida, de este empeño. Previamente, el gran Emilio Durkheim, un autor que constituye un marco de referencia inexcusable para cualquier científico social, había dado un paso más: «El deseo de llegar a ser más feliz es el único móvil individual que ha hecho posible el progreso; si se prescindiera de él, no quedaría ningún otro» (Durkheim, 1982, p. 292). Eso lo dice el francés a modo de colofón a una cita extraída del «Curso de Filosofía positiva» de Comte que merece la pena ser reproducida en su integridad: un maestro citando a otro maestro en torno a algo que a la Psicología le interesa sobremanera:

Sobre la felicidad

«El espíritu esencialmente relativo con que deben ser necesariamente concebidas las nociones, cualesquiera que sean, de la política positiva, debe, ante todo, hacernos aquí descartar, por vana y ociosa, la vaga controversia metafísica sobre el aumento de felicidad del hombre en las edades diversas de la civilización... Puesto que la felicidad de cada uno exige una armonía suficiente entre el conjunto del desenvolvimiento de sus diferentes facultades y el sistema total de las circunstancias que dominan su vida, sea las que fueren, y puesto que, por otra parte, un equilibrio tal tiende siempre, espontáneamente, a alcanzar un cierto grado, no se debería dar motivo a comparar positivamente, ni mediante sentimiento directo alguno, ni mediante un camino racional cualquiera, en cuanto a la felicidad individual, a situaciones sociales cuya completa aproximación es imposible» (Comte, cit. en Durkheim, 1982, p. 292).

Comte y Durkheim en la misma dirección: el incipiente pero imparable desarrollo tecnológico acompañado de un cambio radical en el modelo de producción había propiciado un nivel de riqueza desconocido hasta el momento, pero no había sido capaz de repartir bienestar y de procurar felicidad (quien quiera profundizar más en el tratamiento que autores como Comte, Durkheim hacen de la felicidad, vaya a Plé, 2000 y Vowinkel, 2000, respectivamente). Las fuerzas del progreso han comenzado a imponer un modelo de sociedad basado en la solidaridad orgánica (el modelo de sociedad que produce la división del trabajo: una solidaridad negativa que margina a las personas y sólo tiene en cuenta sus funciones), que va minando los lazos que unen al individuo con su entorno social (la integración); se trata de un modelo que tiene como fundamento una estructura burocrática dominada por «hombrecillos aferrados a sus mezcquinos puestos» (Weber) en la que todo está supeditado a la utilidad material inmediata (Comte) y a la eficacia; un modelo de sociedad dominada por un individualismo ramplón que destierra las formas y valores tradicionales dando lugar a un fenómeno de hondas repercusiones psicosociales, la alineación, que nos aleja del bienestar y de la felicidad.

Las consideraciones teóricas de este exquisito grupo de pensadores nos abren de par en par las puertas a todo un elenco de temas de notable trascendencia para la intervención. De entre ellos, tres resultan especialmente pertinentes para los propósitos de este capítulo: *a)* la extrañeza intelectual y la «indignación moral» que acompaña a sus reflexiones y propuestas teóricas; *b)* la relación que establecen entre modelos de sociedad y procesos claramente psicológicos centrados la mayoría de ellos en un concepto de alineación que para nosotros tiene estrechas concomitancias con el bienestar, y *c)* la necesidad de actuar a fin de reducir la desorganización social y el desasosiego individual, de desarrollar estrategias para devolver el mundo de las relaciones sociales al cariño y al abrigo de la comunidad. Desde la perspectiva de la intervención psicosocial, estas consideraciones dan pie a una propuesta diáfana: la aspiración moral de la Psicología, por seguir con la terminología empleada, se centra en abrir caminos que hagan capaces (competentes) a personas, grupos, comunidades y hasta sociedades de conducirse hacia la consecución del bienestar. El bienestar como supuesto previo de la Psicología, como objetivo, como meta de su quehacer tanto en su vertiente teórica como aplicada; tanto en su dimensión

básica como en su labor de intervención, como acertadamente advertían Clara Mayo y Marianne La France, recordando a Lewin:

«Lo que se recuerda es la elocuente defensa de Lewin de una buena teoría. Pero su insistencia en que los teóricos aborden problemas sociales ha sido olvidada. El lugar de Lewin en la definición de la Psicología social es tan central que se hace difícil entender por qué se ha perdido el rol de los problemas sociales como punto de partida de la disciplina. ¿Por qué la proposición de que la Psicología social ha de dirigirse primera y principalmente hacia el incremento de la calidad de vida suena hoy tan controvertida?» (Mayo y La France, 1980, p. 83)

Es necesario matizar: sonaba controvertida; hoy ya no es el caso. Hoy ya no nos cabe ninguna duda: lejos de aquella barrera que Max Weber pretendió establecer entre la constatación de los *hechos*, y el *valor* de la cultura y de sus contenidos concretos, sabemos bien que cualquier ciencia, y las sociales por partida doble, no pueden prescindir de sus dimensiones morales. En el caso de la Psicología lo deberíamos formular de manera más contundente: no sólo es imposible soslayar estas consideraciones, sino que ciframos precisamente en ellas nuestra razón de ser. No podemos concebir el quehacer de la Psicología, y por tanto la intervención, orillando el marco valorativo como señalan enfáticamente, desde posiciones y experiencias socio-históricamente claramente diferenciadas, Wright Mills e Ignacio Martín-Baró respectivamente (Cuadro 1.2.).

CUADRO 1.2. LA CIENCIA SOCIAL COMO ACTIVIDAD MORAL

Wright Mills	Martín-Baró
<p>«El trabajo de la ciencia social ha estado siempre acompañado de valoraciones. En la selección de los problemas que estudiamos van implícitos valores; también van implícitos valores en algunos de los conceptos claves que usamos en nuestros enunciados de esos problemas, y los valores afectan al curso de su solución. Por lo que respecta a los conceptos, el objetivo debe ser emplear tantos términos “neutrales” como sea posible, darse cuenta de los valores implícitos que aún quedan, y hacerlos explícitos. Por lo que respecta a los problemas, el objetivo debe ser, de nuevo, advertir con claridad los valores en relación con los cuales son seleccionados, y después evitar en cuanto se pueda prejuicios valorativos en su solución, no importa cómo esa solución pueda afectar a uno ni cuáles sean sus implicaciones morales o políticas... Quiéralo o no, sépalo o no, todo el que emplea su vida en el estudio de la sociedad y en publicar sus resultados está obrando moralmente y, por lo general, políticamente también. La cuestión está en si afronta esta situación y acomoda su mentalidad a ella, o si se la oculta a sí mismo y a los demás y va moralmente a la deriva» (Wright Mills, 1961, p. 93-96).</p>	<p>«La objetividad científica, es decir, la fidelidad hacia lo que la realidad es en sí misma, no se logra tanto pretendiendo distanciarse de ella reduciéndola a su carácter de “cosa mensurable”, cuanto clarificando la imbricación del científico como persona y como miembro de una clase social con esa realidad que es también humana y social. En ciencias sociales el científico no puede evitar sentirse involucrado en aquellos mismos fenómenos que estudia, puesto que también se producen en él; y si esto es verdad cuando se trata de procesos como la memoria, el conocimiento o la emoción, mucho más lo es cuando se trata de los factores que determinan su vida familiar, su trabajo cotidiano o la definición de su futuro. Más aún, éticamente el científico no puede dejar de tomar una postura frente a esos fenómenos; pero la parcialidad que siempre supone una toma de postura no tiene porqué eliminar la objetividad. Resulta absurdo y aun aberrante pedir imparcialidad a quienes estudian la drogadicción, el abuso infantil o la tortura. Y si eso es claro respecto a lo socialmente indeseable, ¿por qué no aceptar también una necesaria parcialidad frente a lo socialmente deseable?» (Martín-Baró, 1998, p. 317).</p>

Merece la pena tomar buena nota: por mucho que nos empeñemos, no hay posibilidad de obviar las consideraciones valorativas en nuestro quehacer como científicos sociales. Los valores están presentes, implícita o explícitamente, en los temas que estudiamos, en las hipótesis que defendemos, en los argumentos que utilizamos, en los instrumentos en los que nos apoyamos. No puede haber margen para la neutralidad frente al

sufrimiento causado por un desastre natural (Capítulo 14), frente al abandono infantil, frente a la violencia política (capítulos 7 y 9), frente al infierno que crean a su alrededor las diversas formas de adicción (Capítulo 13), frente al VIH/SIDA (capítulos 4 y 10), etc. No cabe indiferencia ni imparcialidad frente a estos fenómenos, sino una actitud presidida por el convencimiento de que vamos en una determinada dirección y de que perseguimos unos objetivos concretos. Esa es la actitud que abre de par en par las puertas al concepto de «liberación» que Martín-Baró sustenta sobre los siguientes supuestos:

1. Es necesario reinstalar la Psicología en el contexto social, en la realidad histórica en la que viven las personas a las que supuestamente va dirigida, situar en la historia concreta el conocimiento y la intervención. Esa es una de nuestras claves: «situar y fechar el conocimiento psicosocial» como fundamento de la intervención. La realidad, la que es y la que debería o podría haber sido, se erige en protagonista inevitable de la teorización y de la intervención, un argumento que transita a lo largo y ancho de la obra de Martín-Baró sin una sola concesión a algunas veleidades postmodernas (la de que es la teoría la que constituye la realidad, por ejemplo, que nos sumerge en la «ciénaga idealista», en palabras de Vygotski). Una realidad cuyos cuatro rasgos centrales (se trata, escribía en 1974, de una realidad trágica, conflictiva, alienada y desesperanzada) siguen manteniendo una lacerante actualidad (Cuadro 1.3) en buena parte del mundo en que nos ha tocado vivir, y ahí están los capítulos de Mauricio Gaborit, Sol Yáñez, Camilo Madariaga o Carlos Martín Beristain y M.^a Luisa Cabrera como testigos.

CUADRO 1.3. EL PRINCIPIO DE REALIDAD EN MARTÍN-BARÓ

Realidad real	«En Centroamérica, la mayor parte del pueblo nunca ha tenido satisfechas sus necesidades más básicas de alimentación, vivienda, salud y educación, y el contraste entre esta situación miserable y la sobreabundancia de las minorías oligárquicas constituye la primera y fundamental violación de los derechos humanos que se da en nuestros países. El mantenimiento secular de esta situación sólo ha sido posible mediante la aplicación de violentos mecanismos de control y represión social que han impedido o frustrado todo esfuerzo histórico por cambiar y aun por reformar las estructuras sociales más opresivas e injustas» (Martín-Baró, 1998, p. 162)
Realidad victimaria	«De ahí la necesidad de hacer un esfuerzo especial por resituarnos, ya que no existencialmente, al menos teóricamente, en la áspera realidad del hombre centroamericano. Una realidad hecha de negaciones, carencias, presiones incontroladas y fuerzas incontrolables. Una realidad plétórica de vida, pero una vida preñada de muerte. Realidad profundamente contradictoria y, por tanto, en ebullición» (Martín-Baró, 1998, p. 131).
Realidad fatalista	«El fatalismo constituye uno de esos esquemas comportamentales que el orden social prevalente en los países latinoamericanos propicia y refuerza en aquellos estratos de la población a los que la racionalidad del orden establecido niega la satisfacción de las necesidades más básicas mientras posibilita la satisfacción suntuaria de las minorías dominantes... El fatalismo es, por tanto, una realidad social, externa y objetiva antes de convertirse en una actitud personal, interna y subjetiva» (Martín-Baró, 1998, p. 93, 96).
Realidad como principio epistemológico	«Que no sean los conceptos los que convoquen a la realidad, sino la realidad la que busque a los conceptos; que no sean las teorías las que definan los problemas de nuestra situación, sino que sean esos problemas los que reclamen y, por así decirlo, elijan su propia teorización. Se trata, en otras palabras, de cambiar nuestro tradicional idealismo metodológico en un realismo crítico. A los psicólogos latinoamericanos nos hace falta un buen baño de realidad, pero de esa misma realidad que agobia y angustia a las mayorías populares» (Martín-Baró, 1998, p. 314).

2. Una Psicología que cifre su objetivo en la liberación es una Psicología comprometida con el cambio de aquellas condiciones personales y sobre todo socio-estructurales que se entiendan responsables de la situación de desamparo en que se encuentran personas, grupos, comunidades y hasta sociedades al completo. Junto a la liberación de las personas, la liberación de los pueblos, junto al cambio personal, el cambio social: «No se puede hacer Psicología hoy en Centroamérica sin asumir una seria responsabilidad histórica; es decir, sin intentar contribuir a cambiar todas aquellas condiciones que mantienen deshumanizadas a las mayorías populares, enajenando su conciencia y bloqueando el desarrollo de su identidad histórica. Pero se trata de hacerlo como psicólogos, es decir, desde la especificidad de la Psicología como quehacer científico y práctico» (Martín-Baró, 1998, p. 171).
3. «La verdad práxica tiene primacía sobre la verdad teórica, la ortopraxis sobre la ortodoxia» (Martín-Baró, 1998, p. 295). De esa opinión, bien que expresada en otros términos, fueron también Vygotski y Lewin, y eso concede a este principio un aval sólido. El principio liberación invita, de manera primordial, a una tarea fundamentalmente práctica. En todo caso, se trata de una actividad transformadora de aquella realidad que crea condiciones que hacen imposible la consecución del bienestar en sus clásicas dimensiones física, social y psicológica; de aquellas realidades que van dejando a su paso un reguero de víctimas.

3. EL BIENESTAR COMO OBJETIVO

Aunque sin duda no todas ni desde el mismo punto de partida, algunas de éstas fueron las pretensiones de George Miller en la que hoy en día se ha convertido en histórica alocución en la Convención Anual de la APA de 1969: la Psicología como instrumento al servicio del bienestar. Con ello se inicia un lento pero inexorable camino hacia la búsqueda de las dimensiones que potencian el desarrollo personal y social, la calidad de vida y la felicidad bajo un supuesto que conviene recordar cuantas veces sea preciso: el ser humano, y no el azar, la mala fortuna o la voluntad de algún dios caprichoso es el causante de los problemas que lo aquejan; si eso es así, la solución «requiere del cambio de nuestras conductas y de nuestras instituciones sociales. Como ciencia directamente implicada en los procesos conductuales y sociales, es esperable que la Psicología lidere la búsqueda de nuevos y mejores escenarios personales y sociales» (Miller, 1969, p. 1063). Ese era, concluía Miller, el reto. En aquel momento se trataba de romper con la descabellada comparación propuesta por Edwin Guthrie en otra alocución presidencial en la reunión anual de la APA de 1945: la Psicología, había dicho, es como la metalurgia: se atiene a los hechos y evita los valores. Hoy se trata, sin duda, de seguir la senda marcada por Miller: la de buscar nuevos escenarios sociales y la de cambiar nuestras instituciones, porque a estas alturas ya estamos convencidos de que tanto unos como otras acaban jugando un papel decisivo en nuestro bienestar. Y estamos convencidos de algo más: de que esos son los escenarios privilegiados para la intervención psicosocial, para una intervención que hoy en día ya no se puede conformar con la reducción de males y dolencias respondiendo a un modelo de salud como simple ausencia de enfermedad, sino que pretende crear condiciones, personales y sociales, que favorezcan el bienestar. Esa fue la idea y el propósito de la Organización Mundial de la salud cuando en 1948 hizo una apuesta plena de lucidez teórica y de repercusiones aplicadas sobre las que conviene volver una y otra vez: «La salud es un estado de bienestar completo, físico, social y psicológico, y no solamente la ausencia de enfermedad o de invalidez».

Es a partir de la segunda mitad de los años 80 y durante la década de los 90 cuando aparece una preocupación cada vez más manifiesta por el tema de la felicidad y el bienestar, interés que se traduce en un rosario de publicaciones, muchas de ellas firmadas por psicólogos de primera línea (Cuadro 1.4).

CUADRO 1.4. ALGUNAS DE LAS PRINCIPALES MONOGRAFÍAS SOBRE EL TEMA DURANTE LOS 80 y 90

- 1981. Campbell, *The Sense of Well-Being in America*.
- 1984. Veenhoven, *Conditions of Happiness*.
- 1987. Argyle, *The Psychology of Happiness*.
- 1990. Csikszentmihalyi, *Flow: The Psychology of Optimal Experience*.
- 1991. Strack, Argyle & Schwarz (eds.), *Subjective Well-Being: An Interdisciplinary Perspective*.
- 1992. Myers, *The Pursuit of Happiness*.
- 1992. Headey & Wearing, *Understanding Happiness: A Theory of Subjective Well-Being*.
- 1995. Padducci, *Happiness, Pleasure and Judgment: The Contextual Theory and its Applications*.
- 1996. Saris, Veenhoven, Scherpenzeer & Bunting (eds.), *A Comparative Study of Satisfaction with Life in Europe*.
- 1999. Kahneman, Diener & Schwarz (eds.), *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*.

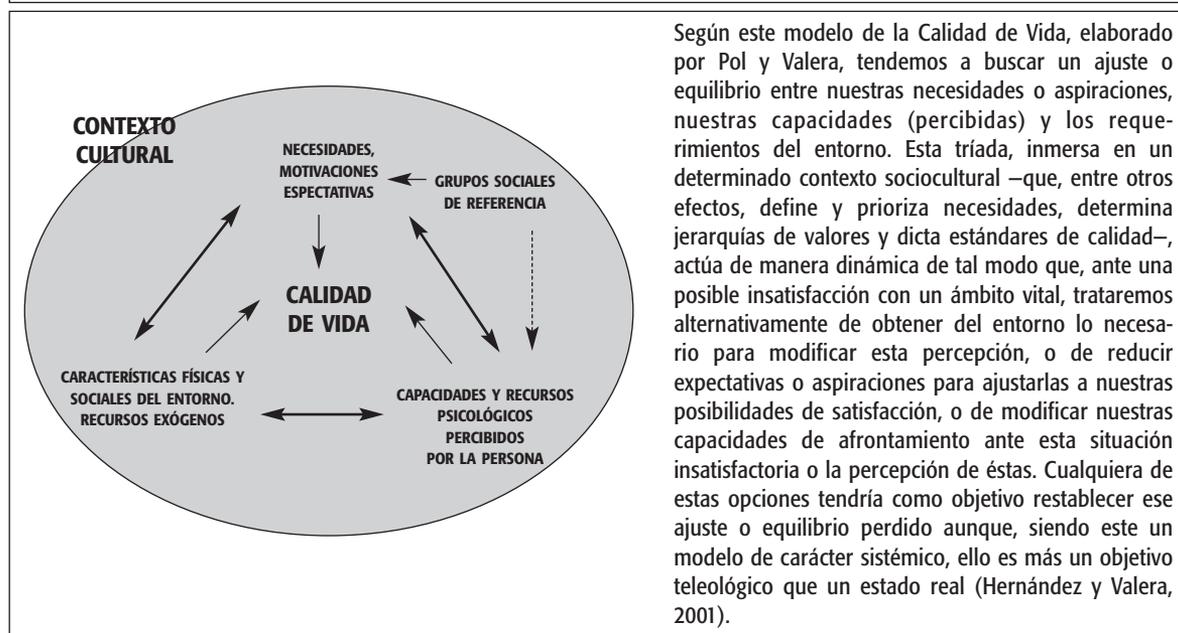
NOTA: para las más recientes publicaciones sobre el tema, el lector puede recurrir a Seligman y Steen (2005).

En la actualidad, este panorama está protagonizado por tres grandes ideas. La primera de ellas se remonta a la tradición hedónica y viene a defender la hipótesis de que la vida del ser humano está motivada por el logro de la felicidad y dirigida a la consecución del máximo beneficio en todos los ámbitos de su existencia. En palabras de Ed Diener, quien puede ser considerado como su máximo representante: «El bienestar subjetivo se define como las evaluaciones cognitivas y afectivas que una persona hace en torno a su vida. Estas evaluaciones incluyen tanto reacciones emocionales a acontecimientos así como juicios sobre satisfacción y logro. El bienestar subjetivo es, pues, un concepto amplio que incluye la experiencia de emociones agradables, bajo nivel de emociones negativas y alto nivel de satisfacción con la vida» (Diener, 2002, p. 63). El bienestar vendría a ser el nivel de satisfacción personal conseguido de acuerdo con: *a*) nuestras oportunidades vitales (recursos sociales, recursos personales y aptitudes individuales); *b*) el decurso de los acontecimientos en nuestra vida (nuestra ubicación en el continuo privación-opulencia, ataque-protección, soledad-compañía, etc.), y *c*) la experiencia emocional experimentada y vivida como conclusión de todo ello. Esa es la propuesta de Rut Veenhoven para quien «la satisfacción con la vida es el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva». En otras palabras, «cuánto le gusta a una persona la vida que lleva» (Veenhoven, 1994, p. 91). En definitiva, el bienestar subjetivo es un balance global que uno hace de las satisfacciones e insatisfacciones que le ha dado la vida, de los afectos positivos y negativos que le han acompañado a lo largo de su peripecia biográfica. Con un matiz: es necesario enmarcar el tema de la percepción y evaluación de las condiciones de vida dentro de un contexto sociocultural. En otras palabras, aunque esta percepción sea individual, los parámetros de base son de origen eminentemente social. Así, los criterios que inciden en nuestra percepción de calidad de vida obedecen en buena medida a una construcción social de estándares sujeta a contingencias históricas, culturales, económicas y ambientales. De acuerdo con esta argumentación, la calidad de vida se relaciona con el nivel de satisfacción que a una persona le proporcionan sus condiciones de vida cuando las compara, según baremos personales, con la situación en la cual se desarrolla la vida de otras personas, o cuando compara lo que tiene y lo que desea, o lo que tiene ahora con lo que tuvo en el pasado siguiendo la huella de la teoría de las discrepancias múltiples propuesta por Michalos (1995).

Junto al sujeto que busca de manera insistente sacar el mayor rédito personal a todas sus acciones, está aquel otro (que probablemente sea el mismo) que se preocupa y se esfuerza por conseguir las metas y objetivos que se ha marcado en la vida y procura dar los pasos pertinentes para ello porque sabe que es ahí donde reside la fuente de su satisfacción y de su auto-estima (Ryff, 1989). Ese es el sujeto que no se conforma con ser un mero receptor o participante, sino que reivindica para sí el papel de actor y hasta el de protagonista. La tradición en torno a la auto-realización, a la que tanto empuje diera la teoría de la motivación de Abraham Maslow, o el funcionamiento pleno de Rogers, son las que se encuentran en el fondo de un bienestar psicológico que presta

atención de manera especial al desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal como los principales indicadores del funcionamiento positivo. Involucrarnos en lo que hacemos, participar de forma comprometida en nuestro quehacer, definir metas que den sentido a nuestra vida son mecanismos para sentirnos más felices y realizados. Esta es la base de la teoría de Csikszentmihalyi (1996) cuyo énfasis estriba en que las actividades que más felicidad aportan resultan de la adecuada combinación de dos circunstancias: *a*) percepción alta de reto, de que nos enfrentamos a algo que merece ser vivido y superado, y *b*) percepción de la capacidad suficiente para afrontarlo con garantías de éxito. Este equilibrio había ya sido planteado en 1980, desde la tradición más psicossocial de la calidad de vida, por Levi y Anderson para quienes, por encima de un nivel de vida mínimo, el determinante de la calidad de vida individual es el grado de ajuste entre las características de la situación y las expectativas, capacidades y necesidades de la persona, tal y como ella las percibe.

CUADRO 1.5. SUPUESTOS PSICOSOCIALES DE LA CALIDAD DE VIDA



La tercera de las hipótesis que dominan en la actualidad el campo del bienestar recupera un modelo de sujeto dentro de un contexto, un sujeto socio-histórico inserto dentro de una red de relaciones interpersonales e intergrupales cuyas experiencias vitales no son ajenas a los acontecimientos del mundo que lo rodea. Es la tradición del bienestar social, entendido este como «la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad» (Keyes, 1998, p. 122) dentro de un entorno del que forman parte los otros a título individual (contacto social), grupal (familia y grupo de amigos), institucional, laboral y de ocio.

Es ese sujeto socio-histórico el que se encuentra protagonizando la fecunda distinción que Amartya Sen, Premio Nobel de Economía en 1998, establece entre la capacidad para el bienestar (la «libertad de una persona para elegir entre diferentes formas de vida» de acuerdo con sus particulares habilidades, características y competencias), y la libertad para el bienestar cuyo marco de referencia se sitúa fuera del propio sujeto y que Sen (1996) concreta en la posibilidad de lograr capacidades mínimas para satisfacer necesidades básicas (la pobreza, advierte, es un fallo en las capacidades básicas), la posibilidad de elegir y la de actuar libremente.

La libertad para el bienestar

La libertad tiene muchos aspectos. Ser libre para vivir en la forma que uno quiera puede ser ayudado enormemente por las elecciones de otros, y sería un error pensar en los logros sólo en términos de la elección activa *por uno mismo*. La habilidad de una persona para lograr varios funcionamientos valiosos puede ser reforzada por las acciones y la política pública, y por esta razón tales expansiones de la capacidad no carecen de importancia para la libertad. De hecho, he argumentado en otra parte que «estar libre del hambre» o «estar libre del paludismo» no deben tomarse sólo como retórica (como a veces se les describe); hay un sentido muy real en que la libertad de vivir en la forma que a uno le gustaría es fortalecida por la política pública que transforma los ambientes epidemiológico y social... Si todo lo que importara fueran los funcionamientos logrados, definidos en una forma «no refinada», podríamos preocuparnos por igual de la persona rica que ayuna como del pobre hambriento. Si nos interesa más eliminar el hambre de este último, es sobre todo porque el primero tiene la *capacidad* de estar bien nutrido, pero elige no estarlo, en tanto que el último carece de esa capacidad y cae forzosamente en el estado de inanición» (Sen, 1996, p. 72-73).

El bienestar, heredero de aquel «principio emancipación» que congregó a los grandes pensadores del XIX, constituye la aspiración moral de la Psicología como ciencia y como profesión y, por tanto y al mismo tiempo, es el marco que define la intervención; es, entonces, nuestro marco de referencia central. El Cuadro 1.6 nos ofrece una mirada algo más detenida a los componentes de su estructura, de acuerdo con los modelos teóricos que estamos manejando, y eso nos sitúa directamente dentro de los marcos de la intervención.

CUADRO 1.6. LAS DIMENSIONES DEL BIENESTAR

Bienestar subjetivo	Bienestar psicológico	Bienestar social
<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Satisfacción</i>: juicio o evaluación global de los diversos aspectos que una persona considera importantes en su vida. 2. <i>Afecto positivo</i>: resultado de una experiencia emocional placentera ante una determinada situación vital. 3. <i>Afecto negativo</i>: resultado de una experiencia emocional negativa ante una determinada situación vital. 	<ol style="list-style-type: none"> a) <i>Auto-aceptación</i>: sentirse bien consigo mismo, actitudes positivas hacia uno mismo. b) <i>Relaciones positivas con los otros</i>: mantenimiento de relaciones estables y confiables. c) <i>Autonomía</i>: capacidad para mantener sus convicciones (autodeterminación), y su independencia y autoridad personal. d) <i>Dominio del entorno</i>: habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias. e) <i>Objetivos vitales</i> que permitan dar sentido a la vida. f) <i>Crecimiento personal</i>: empeño por desarrollar las potencialidades y seguir creciendo como persona. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Integración social</i>: sentimiento de pertenencia, establecimiento de lazos sociales. 2. <i>Aceptación social</i>: confianza en los otros y aceptación de los aspectos positivos y negativos de nuestra propia vida. 3. <i>Contribución social</i>: sentimiento de utilidad, de ser capaces de aportar algo a la sociedad en que vivimos. Auto-eficacia. 4. <i>Actualización social</i>: confianza en el futuro de la sociedad, en su capacidad para producir condiciones que favorezcan el bienestar. 5. <i>Coherencia social</i>: confianza en la capacidad para comprender la dinámica y el funcionamiento del mundo en el que nos ha tocado vivir.

No cabe duda de que estas tres propuestas sobre el bienestar merecen toda nuestra atención, y de entre las muchas posibilidades que nos ofrecen hay un aspecto que nos interesa sobremanera reseñar: la relación del bienestar con un constructo de amplio recorrido en la Psicología como es el concepto de salud, que tiene como protagonista a un sujeto activo y socio-histórico. Así, pues, cuando hablamos de bienestar estamos hablando lisa y

llanamente de salud, bien que de una salud que, como dejábamos constancia hace ya algunos párrafos, no es el simple reverso de la enfermedad y no se define por la ausencia de malestar. Cuando Corey Keyes propone su modelo de bienestar social, no pierde la ocasión de advertir las implicaciones que cada una de las dimensiones guardan con la salud; de hecho, dice, se trata de «dimensiones de salud social positiva» que hemos resumido en el Cuadro 1.7.

CUADRO 1.7. DIMENSIONES DE LA SALUD SOCIAL POSITIVA (Keyes, 1998)

1. Las personas sanas se sienten parte de la sociedad, mientras que el aislamiento social, la soledad, el extrañamiento y la falta de integración son síntomas de un mal funcionamiento psicológico. Fue Emilio Durkheim, hablando nada menos que del suicidio, quien puso de manifiesto esta relación: «el suicidio egoísta se origina porque la sociedad no tiene en todos sus puntos una integración suficiente para mantener a todos sus miembros bajo su dependencia. Por consiguiente, la única forma de remediar el mal es dar a los grupos sociales bastante consistencia para que mantengan más firmemente al individuo, y que éste, a su vez, se sostenga unido a ellos» (Durkheim, 1928, p. 418).
2. Las personas socialmente adaptadas sostienen concepciones favorables sobre la naturaleza humana y se sienten confortables en compañía de otros. Más aún, la gente que se siente a gusto consigo misma y se acepta tanto en sus virtudes como en sus defectos es un buen ejemplo de salud mental.
3. La alienación, el fatalismo y la resignación son la contrapartida, psicológicamente insana, de la contribución social, de la creencia en el valor de lo que hacemos, de la auto-eficacia.
4. La gente más sana es aquella que tiene esperanza respecto al futuro de la sociedad y confía en poder ser beneficiaria y partícipe del bienestar que la sociedad genera. La anomia, la indefensión y el fatalismo son la cara oculta de esta dimensión del bienestar.
5. Las personas más sanas, dice Keyes, no sólo se preocupan por el mundo en el que les ha tocado vivir, sino que, además, se sienten capaces de entender lo que ocurre a su alrededor.
6. Desde el punto de vista psicológico, la gente más sana es aquella que procura darle un sentido a su vida.
7. Un indicador de salud es asimismo el sentimiento de coherencia personal.

Entre las propuestas más originales que han tratado de relacionar la salud mental y el bienestar con disposiciones y características del medio social se encuentra el modelo vitamínico de Warr (1987): el grado de bienestar psicológico individual —en directa relación con la salud mental— depende de la presencia y nivel alcanzado por nueve variables del entorno social, muchas de las cuales se corresponderían de manera muy explícita con las dimensiones del bienestar a las que venimos aludiendo: *a)* oportunidades de control; *b)* oportunidades para el uso de las capacidades individuales; *c)* objetivos generados externamente; *d)* variedad de alternativas; *e)* claridad ambiental; *f)* disponibilidad de recursos económicos; *g)* seguridad física; *h)* oportunidad para establecer contactos interpersonales, e *i)* valoración de la posición social.

Estas variables o componentes están presentes, en diferentes niveles, en el entorno social, y aunque su ausencia o insuficiencia comporte efectos negativos para el bienestar, su presencia destacada o el logro de altos niveles no proporcionan necesariamente su aumento. En este punto, Warr toma del modelo médico la idea de relación no lineal entre niveles vitamínicos y salud: aunque un déficit de vitamina C o E en el organismo repercute negativamente en la salud y su incremento progresivo mejora el estado general, cuando se ha alcanzado un determinado nivel, incrementos significativos de estas vitaminas no implican incrementos significativos en la salud. El dinero, la seguridad física y la posición socialmente valorada entrarían dentro de este patrón. Por otra parte, si bien el déficit de vitamina A o D repercute negativamente, a partir de un determinado nivel un incremento excesivo de estas vitaminas no necesariamente afecta de manera positiva en el organismo, como ocurriría en el caso de oportunidades de control del entorno o para el desarrollo de capacidades, de metas y objetivos generados por el medio externo, de la existencia de variedad de alternativas, de claridad ambiental o contextos para relaciones interpersonales. Pongamos un par de ejemplos para ilustrar estas ideas tomando

dos variables que, al menos popularmente, se asocian con el bienestar o la felicidad: las relaciones sociales y el dinero.

Las relaciones sociales

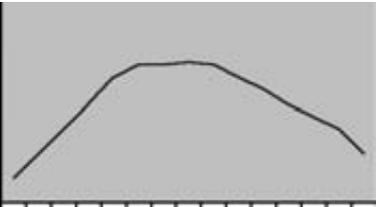
Ciertamente numerosos estudios han constatado la clara relación que existe entre el establecimiento de relaciones sociales positivas y el bienestar. Por otra parte, es sobradamente conocido cómo el aislamiento social tiene repercusiones negativas para la persona en términos de disminución de la autoestima, dificultades para afrontar nuevas situaciones sociales o regular la privacidad. Sin embargo, en determinados contextos, la gran (o excesiva) cantidad de oportunidades para el desarrollo de interacciones sociales que se le ofrecen a la persona puede acabar comportando efectos perniciosos para su salud mental o su bienestar psicosocial. Sólo hace falta recurrir a los grandes pensadores sobre lo urbano para encontrar ejemplos de ello, empezando por George Simmel (1902) cuya tradición recogerá Louis Wirth en su «Urbanism as a Way of Life» (1938): el fenómeno urbano y el estilo de vida y de interacción a él asociado puede suponer una importante pérdida en la cantidad y calidad de las relaciones sociales, apatía y asocialidad: la implicación con un extenso número y tipos de relaciones sociales está, en este caso, inversamente relacionado con el bienestar psicosocial. Años más tarde, Stanley Milgram hablaba del estrés psicológico en ambientes urbanos cuyas consecuencias eran similares a las descritas: disminución de conductas altruistas, elaboración de estrategias individuales de supervivencia, reducción drástica del círculo de amistades y de contextos de interacción social (Milgram, 1970).

El dinero

Por otra parte, es bien sabido que la escasez de ingresos o la carencia de recursos económicos está asociada en nuestras sociedades a situaciones de déficit en cuanto a la satisfacción de necesidades básicas. Pero, y a pesar de la incredulidad con la que numerosos lectores asistirán a la lectura de estas líneas, no existe una probada relación lineal entre el dinero y el bienestar, no al menos a partir de un cierto nivel en el que estas «necesidades básicas» quedan satisfechas. A partir de ahí, más dinero no nos hace más felices. Por si persiste alguna duda, no nos queda más remedio que recurrir a reputados psicólogos como Michael Argyle quien, después de presentar numerosos datos y estudios, proclama: «No es mi deseo dar a entender que lo que se puede comprar con dinero no influye en la felicidad. Está bien que las parejas jóvenes tengan una casa, hemos visto que las vacaciones son buenas, que el sol y una adecuada dieta alimenticia son beneficiosas para la salud. El automóvil ahorra muchas de las frustraciones que produce el transporte público y permite el mayor número de actividades. La mayor parte de la población mundial carece de estas cosas, al igual que muchas personas en nuestra sociedad, así que no hay que olvidar las cosas materiales de la vida. Cuando se han cubierto dichas “necesidades”, los nuevos gastos probablemente no añadan mucho a la felicidad. Es agradable tener un coche nuevo más grande, pero casi da igual. La satisfacción que proporcionan, por ejemplo, las joyas es fundamentalmente simbólica. Para algunas personas, la riqueza es un índice del éxito, aunque en muchos tipos de actividad hay poca relación entre éxito y riqueza, como en el caso de las profesiones más gratificantes: la iglesia, la ciencia y la enseñanza universitaria» (Argyle, 1992, p. 290).

De esta forma, el conjunto de variables psicosociales se comportan de acuerdo con un patrón u otro (Cuadro 1.8) para generar configuraciones particulares a cada circunstancia vital, combinando sus niveles y sus efectos para proporcionar un determinado estado de salud o bienestar. En definitiva, toda intervención orientada a la promoción del bienestar podrá centrarse en alguna de estas dimensiones, con las consideraciones precisadas anteriormente (no siempre más es mejor), pero el bienestar sólo podrá ser valorado tomando todas esas dimensiones conjuntamente y poniéndolas en relación con la situación precisa donde sus valores se definen.

CUADRO 1.8. DIMENSIONES DE LA SALUD SOCIAL SEGÚN WARR (1987)

	<p>PATRÓN A/D</p> <p>Oportunidades de control del entorno. Ocasiones para el desarrollo de capacidades. Finalidades generadas por el medio externo. Variedad de alternativas. Claridad ambiental. Contextos para las relaciones interpersonales.</p>
	<p>PATRÓN C/E</p> <p>Dinero. Seguridad física. Posición socialmente valorada.</p>

Teniendo en cuenta estas consideraciones dentro del marco del bienestar como salud, reproducimos una reciente propuesta de Corey Keyes que resulta especialmente útil de cara al modelo de intervención que estamos defendiendo a lo largo de este capítulo: hablamos de un sujeto activo y socio-histórico cuya salud no consiste sólo en no estar mal, sino en conseguir determinados niveles de bienestar. Así es como llegamos a las siguientes categorías y criterios diagnósticos como medida de ese bienestar al que llamamos salud (Cuadro 1.9):

CUADRO 1.9. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA SALUD MENTAL (Keyes, 2005, p. 541)

Criterio Diagnóstico	Descripción de los síntomas
<p><i>Hedonía:</i> se requiere un nivel alto en, al menos, una de las escalas de síntomas (síntomas 1 o 2)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sentirse habitualmente contento, feliz, tranquilo, satisfecho y lleno de vida (afecto positivo durante los últimos 30 días). 2. Sentirse satisfecho con la vida en general o con la mayor parte de sus ámbitos: trabajo, familia, amigos... (<i>satisfacción con la vida</i>). 3. Tener actitudes positivas hacia uno mismo y admitirse y aceptarse tal y como uno es (<i>autoaceptación</i>). 4. Tener actitudes positivas hacia las otras personas conociendo y aceptando su diversidad y complejidad (<i>aceptación social</i>). 5. Ser capaz de desarrollar el propio potencial, tener sensación de desarrollo personal, y estar abierto a experiencias que supongan un reto (<i>crecimiento personal</i>). 6. Creer que la gente, los grupos sociales, y la sociedad tienen un potencial de crecimiento y que evolucionan o crecen positivamente (<i>actualización social</i>). 7. Proponer metas y sostener creencias que confirman la existencia de una vida llena de sentido y de objetivos (<i>propósito en la vida</i>). 8. Sentir que la vida de uno mismo es útil a la sociedad y que los resultados de nuestras actividades son valorados por otras personas (<i>contribución social</i>). 9. Tener capacidad para manejar entornos complejos, así como para elegir aquellos que puedan satisfacer necesidades (<i>dominio del entorno</i>).
<p><i>Funcionamiento positivo:</i> se requiere un nivel alto en seis o más de las escalas de síntomas (síntomas 3-13)</p>	

CUADRO 1.9. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA SALUD MENTAL (Keyes, 2005, p. 541) (Continuación)

10. Estar interesado en la sociedad y en la vida social; sentir que la sociedad y la cultura son inteligibles, lógicas, predecibles y con sentido (*coherencia social*).
11. Tener opiniones propias y ser capaz de resistir la presión social (*autonomía*).
12. Tener relaciones afectivas francas y satisfactorias con otras personas, así como ser capaz de desarrollar empatía e intimar (*relaciones positivas con otras personas*).
13. Poseer un sentido de pertenencia a una sociedad que mejore nuestra calidad de vida y tener el sentimiento de que nos acoge y ofrece un cierto grado de protección (*integración social*).

La opción por el bienestar como marco de la intervención es una apuesta decidida en dos direcciones teóricamente muy relevantes: a) se trata, primero, de una apuesta por un modelo de sujeto inserto dentro de un contexto, algo que queda suficientemente garantizado tanto en la propuesta de Keyes como en la de Warr, y b) propone un modelo de salud alejado de la lógica de la enfermedad que es la que ha dominado la intervención psicológica tradicional. Como consecuencia de ello, desde Comte hasta nuestros días la filosofía que sustenta el principio emancipación y el concepto de bienestar apunta a un modelo de intervención que, al mirar cara a cara al contexto social donde está inserto el sujeto, se ve obligado a centrar su atención en el cambio social, en el cambio de aquellas condiciones externas que están afectando al bienestar de las personas: las nuevas caras sombrías del progreso que, por cierto, azotan a las tres cuartas partes de la humanidad: la inmigración, la pobreza de las estirpes condenadas a cien años de soledad, las nuevas enfermedades de transmisión sexual, la violencia política, los desastres naturales disponen de un espacio en este texto. En realidad, lo que estamos proponiendo es la necesidad de fundamentar la intervención psicosocial sobre los tres siguientes supuestos:

1. Un modelo de sujeto socio-histórico y activo.
2. Un modelo de salud alejado de la enfermedad y centrado en el bienestar.
3. Un dominio de actuación no sólo psicológico-individual (interno), sino psicosocial (actuar sobre el modelo de relación sujeto-medio) y/o directamente macro- o microsociales directamente comprometido con el cambio social.

Algunos de estos supuestos son los que se encuentran en el fondo de esa corriente dentro de la Psicología a la que se ha dado en llamar Psicología positiva, que sin necesidad de hacerlo explícito resume en toda su extensión la filosofía de la OMS (la de que la salud es un estado de bienestar físico, social y psicológico y no la mera ausencia de enfermedad) al centrar su objetivo en la concreción de «un cambio en el enfoque de la Psicología a fin de pasar de la preocupación exclusiva por remediar los malos pasos en la vida a interesarse también por construir condiciones positivas» (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000, p. 5). La Psicología, sostienen ambos autores, debe tornarse una ciencia de la experiencia subjetiva positiva, de los rasgos individuales positivos, y de las instituciones sociales positivas como vía para incrementar la calidad de vida y como herramienta para prevenir la patología. La alusión a la experiencia subjetiva y a los rasgos individuales se inscribe dentro de un modelo tradicional de intervención, pero la presencia de las instituciones sociales como ingrediente de un modelo de salud positiva supone un salto cualitativo que no puede pasarnos desapercibido. «Una Psicología positiva necesita tomar en consideración a las comunidades positivas y a las instituciones positivas», insisten los autores (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000, p. 8), y tiene como objetivo producir un cambio, nada marginal, en la misma Psicología de suerte que, de preocuparse tan sólo por reparar los desperfectos que acontecen en la vida de las personas, dé pasos para construir condiciones de vida favorables para la salud y el bienestar (Seligman, 2002, p. 3).

CUADRO 1.10. RESUMAMOS

1. Primero, la honda y sentida preocupación de aquellos grandes pensadores por las condiciones de vida que desbarataron el orden social propiciando la desorganización moral, el desencantamiento del mundo, el anonimato social y la enajenación psicológica, algo frente a lo que la ciencia social no puede permanecer impasible.
2. Después, la convicción de que esas condiciones no son producto del capricho de ningún ser superior ni de la maldición de la naturaleza, sino fruto de la voluntad de las personas, fruto de nuestra manera de hacer y de nuestra manera de conducirnos.
3. Junto a ello, la necesidad de dar un paso hacia delante: no basta con preocuparnos con lo que hay, ni con intentar remediar los males que provoca; ahora es necesario construir condiciones que devuelvan el mundo a su encantamiento, que eviten la desorganización social, que garanticen la integración social; condiciones fundamentadas en una ética de la responsabilidad donde lo bueno no sea simplemente lo útil y donde el fin sea una excusa para justificar los medios.
4. Finalmente, la necesidad de construir condiciones positivas (comunidades e instituciones) que faciliten la consecución del bienestar.

4. EMANCIPACIÓN, LIBERACIÓN Y BIENESTAR

El Cuadro 1.10 refleja, muy resumidamente, el contexto en el que cabe insertar la intervención psicosocial entendida, en primera instancia, como un proceso de gestión del cambio sobre los sistemas encargados de una triple tarea: *a)* promover el bienestar; *b)* promover el desarrollo de las personas y de las comunidades, y *c)* actualizar el progreso social en los términos propuestos por Comte (hacer partícipe a la clase obrera del progreso), que no son otros que los términos derivados del principio emancipación: construir condiciones que favorezcan el bienestar.

Emancipación y bienestar, dos procesos procedentes de tradiciones de pensamiento bien diferenciadas que tienen, sin embargo, un nexo común: la necesidad de mirar fuera del sujeto para poder entender, poner remedio y prevenir sus desasosiegos, tanto los que le aquejan a título personal, como aquellos otros que comparte con la gente de su entorno. La intervención comunitaria, han propuesto recientemente Nelson y Prilleltensky (2005), centra su interés en liberar de la opresión a los más desfavorecidos y en acompañarlos en su búsqueda de liberación y bienestar. Opresión, liberación y bienestar se erigen en los conceptos centrales de la intervención comunitaria, que no puede ser más que una intervención psicosocial, una apuesta perfectamente coherente con el planteamiento que venimos defendiendo desde el primer epígrafe de este capítulo. Tomando como referencia a estos mismos autores, Manuel Fco. y Julia Martínez ponen un ejemplo de especial relevancia en nuestro mundo actual (*véase* Capítulo 17): la situación de opresión a que se ve sometida la mujer emigrante por su difícil acceso a su autonomía y crecimiento personal, por los escasos recursos de que dispone para la satisfacción de sus necesidades, por el nulo espacio para su participación en la vida social. No es el único ejemplo. En un ámbito bien distinto, Silvia Ubillos (Capítulo 4), y Bárbara Marín, Karin Coyle, Cherri Gardner y Jennifer Cummings (Capítulo 10) denuncian la sostenida y no enmendada relación de poder-sumisión en el ámbito de las relaciones sexuales que desembocan en VIH, una situación que alcanza sus cotas más sombrías en el abismo de pobreza que define la vida de los niños y niñas de la costa caribe de Colombia que describe con toda crudeza Camilo Madariaga (Capítulo 6).

Cabe la sospecha, sin embargo, de que las tareas recién señaladas por Nelson y Prilleltensky no sean sino distintas caras de un mismo quehacer, de suerte que podamos afirmar que la intervención psicosocial consiste en promover el bienestar ayudando al desarrollo de las personas y de las comunidades, y actualizando el progreso social. Esta es nuestra apuesta: centrar la intervención en el proceso de desarrollo entendido no sólo como algo que se localiza dentro de un sujeto al que dotamos de habilidades, competencias y capacidades pertinentes, sino como un proceso que hace competentes y positivos a los grupos, a las organizaciones, a las comunidades y a las instituciones garantizando a su través la libertad para el bienestar.

Pero el concepto de desarrollo encierra muy distintas connotaciones en función de la sociedad que lo defina. Así, si utilizamos la terminología de Maslow (1943), ciertas sociedades centran su idea de desarrollo en la satisfacción de necesidades de primer orden: alimentación, salud, vivienda, etc., mientras que otras, las llamadas opulentas, lo hacen en la satisfacción de necesidades o aspiraciones «superiores»: seguridad, justicia, pertenencia o autoestima. Cabe la posibilidad de que esta sea una visión muy interesada de parte de la sociedad opulenta, pero lo que la hipótesis de la jerarquía de necesidades hace es sobre todo abrir una brecha entre aquellos que simplemente luchan por sobrevivir y los que pueden permitirse el lujo de aspirar a ideales supuestamente más elevados sin percatarse de que, en la mayoría de los casos, la reducción del hambre pasa inexorablemente por alcanzar previamente niveles más altos de seguridad, igualdad y justicia, y que buena culpa de su actual situación proviene de una política primmundista de dominación, humillación y explotación que ha acabado por socavar la autoestima, por diluir la identidad, por quebrar la integración social: la grieta abierta en la satisfacción de las necesidades «superiores» ha supuesto el agravamiento de las condiciones «básicas». Hemos dado por bueno que lo «básico» era la alimentación, la salud, la vivienda, etc., pero desde la más sólida tradición psicosocial (la teoría grupal) se nos han ofrecido convincentes excusas teóricas y apabullantes datos que señalan cómo el sentimiento de pertenencia, la identidad, el apoyo social, la autoestima, la dignidad, etc., deben entrar en la categoría de lo «básico». Esto nos lleva directamente a una de las cuestiones fundamentales, aunque no poco controvertidas, para la gestión del desarrollo social: el carácter universal de las necesidades sociales, a lo que dedicaremos nuestra atención en epígrafes posteriores.

Desarrollo como libertad

El desarrollo puede concebirse como un proceso de expansión de las libertades reales de que disfrutaban los individuos... El crecimiento de PNB o de las rentas personales puede ser, desde luego, un *medio* muy importante para expandir las libertades de que disfrutaban los miembros de la sociedad. Pero las libertades también dependen de otros determinantes, como las instituciones sociales y económicas (por ejemplo, los servicios de educación y de atención médica), así como de los derechos políticos y humanos (entre ellos, la libertad para participar en debates y escrutinios públicos). La industrialización, el progreso tecnológico o la modernización social pueden contribuir significativamente a expandir la libertad del hombre, pero la libertad también depende de otros factores. Si lo que promueve el desarrollo es la libertad, existen poderosos argumentos en ese objetivo general y no en algunos medios o en una lista de instrumentos especialmente elegida. La concepción del desarrollo como un proceso de expansión de libertades fundamentales lleva a centrar la atención en los fines por los que cobra importancia el desarrollo... El desarrollo exige la eliminación de las principales fuentes de privación de libertad: la pobreza y la tiranía, la escasez de oportunidades económicas y las privaciones sociales sistemáticas, el abandono en que pueden encontrarse los servicios públicos y la intolerancia o el exceso de intervención de los Estados represivos» (Sen, 2000, p. 19).

Pese a todo, es preciso señalar que el desarrollo, sea lo que eso signifique, no está alcanzando a todos por igual, ni en el capítulo de las necesidades tradicionalmente llamadas «básicas», ni en las necesidades «superiores». Hay una doble polarización: una dentro de la sociedad opulenta: aumento progresivo del número de personas que se sitúan en el umbral de la pobreza o que claramente lo superan, y una segunda que afecta al Tercer y Cuarto Mundo. En este punto aparece recurrentemente una idea central, aunque a su vez profundamente contradictoria, al menos en nuestro mundo occidental: a pesar de que vivimos en una sociedad y momento histórico en el que se han alcanzado unas cuotas de bienestar y un nivel de satisfacción de necesidades nunca visto, vivimos cada vez más preocupados por satisfacer nuestras aspiraciones, progresar personal y profesionalmente, alcanzar y atesorar más bienes materiales aparentemente necesarios —o «imprescindibles»— y buscar la felicidad a cualquier precio (que habitualmente suele ser alto). A pesar de que vivimos en una sociedad rica y opulenta, repleta de recursos que todavía hoy se nos antojan, equivocadamente, ilimitados, no hemos sido capaces de arbitrar mecanismos para repartir esa riqueza de manera equitativa. El resultado es que en nuestro Primer Mundo cada vez hay más gente pobre y la riqueza está repartida entre menos personas, con el

agravante de que los gobiernos y las administraciones públicas cada vez se sienten más incapaces de hacer frente a la creciente desigualdad. Por poner un pequeño ejemplo, según el informe del «*Observatori de la Pobresa i l'Exclusió Social a Catalunya*» (www.obrasocial.caixacatalunya.es), la población catalana afectada por la pobreza ha pasado de un 14,3 por ciento a un 18,6 por ciento entre 1996 y 2000.

Sin embargo, esta desigualdad en nuestro Primer Mundo, aun siendo alarmante y moralmente execrable, no es nada en comparación con las cifras de la desigualdad entre los llamados Primer y Tercer Mundo. La realidad que describen documentos como el último *Informe sobre el Desarrollo Humano* elaborado en 2005 por el Programa para el Desarrollo de Naciones Unidas (PNUD) (hdr.undp.org/reports/global/2005/español), o el Informe de la evolución actual de los Objetivos del Milenio para la erradicación de la pobreza de Intermon-Oxfam en 2005 es contundente (Cuadro 1.11)

CUADRO 1.11. LA REALIDAD DE LA POBREZA

- Ochenta países tienen unos ingresos per cápita inferiores a los de hace diez años.
- 2.500 millones de personas sobreviven con menos de dos euros al día.
- El 40 por ciento de la población mundial sólo logra el 5 por ciento de los ingresos mientras que el 10 por ciento más rico tiene un 54 por ciento.
- Ochocientos millones de personas sufren malnutrición mientras que un pequeño porcentaje está excesivamente alimentado.
- En los países más pobres, la mortalidad de los menores de cinco años no se está reduciendo. El 60 por ciento de las muertes de niños están relacionadas con la desnutrición, y un 12 por ciento fallecen de malaria o Sida. La cobertura de las vacunaciones ha descendido desde 1990.
- En los últimos diez años se han perdido 900.000 kilómetros cuadrados de bosque en el mundo.

Este cuadro dibuja a grandes trazos la imagen de la opresión y ofrece excusas indiscutibles para apostar por la liberación y el bienestar, esos tres conceptos sobre los que, como hemos apuntado en algún otro momento, Geoffrey Nelson e Isaac Prilleltensky edifican su Psicología comunitaria. Opresión, dicen, es sinónimo de silencio (las mayorías silenciosas de las que hablaba Martín-Baró y que vuelven a hacer acto de presencia en los capítulos 7 y 9), invisibilidad (la de los niños y niñas del Departamento del Atlántico en Colombia o de las jóvenes y adolescentes de un barrio de San Sebastián, que tan magistralmente describen Silvia Ubillos y Camilo Madariaga en los Capítulos 4 y 6 respectivamente), y asimetría en las relaciones de poder de las que se nos ofrece un excelente ejemplo en el capítulo 10. La realidad de la pobreza, los silencios de los sin voz y la invisibilidad de los sin rostro se concretan en una trama valorativa que nos vuelve a poner frente a las urgencias morales de la ciencia social que, como vemos en el cuadro 1.12, son las urgencias de toda la vida:

CUADRO 1.12: LAS NUEVAS URGENCIAS MORALES (Nelson y Prilleltensky, 2005, p. 57)

Dominios	Bienestar personal			Bienestar relacional		Bienestar colectivo	
Valores	Autodeterminación.	Cuidado y conmiseración.	Salud.	Respeto por la diversidad.	Participación y colaboración.	Apoyo de las estructuras comunitarias.	Justicia social.
Objetivos	Creación de oportunidades para perseguir metas sin excesiva frustración.	Expresión de cuidado y preocupación por el bienestar físico y emocional de los otros.	Protección de la salud física y emocional de nosotros mismos y de los otros.	Promoción de respeto y aprecio por identidades sociales diferentes y por la definición que la gente hace de sí mismo.	Promoción de procesos justos con cuya ayuda niños y adultos dispongan de inputs significativos sobre decisiones que afectan a su vida.	Promoción de estructuras comunitarias que facilitan perseguir metas personales y comunitarias.	Promoción de una justa y equiparable distribución de poder, obligaciones y recursos para los oprimidos.

CUADRO 1.12: LAS NUEVAS URGENCIAS MORALES (Nelson y Prilleltenky, 2005, p. 57) (Continuación)

Dominios	Bienestar personal			Bienestar relacional		Bienestar colectivo	
Necesidades	Dominio, control, autoeficacia, voz, habilidades, elección y autonomía.	Amor, atención, empatía, apego, aceptación, relación positiva.	Bienestar emocional y físico.	Identidad, dignidad, autorrespeto, autoestima, aceptación.	Participación, implicación y responsabilidad mutua.	Sentido de comunidad, cohesión, apoyo formal.	Seguridad económica, cobijo, nutrición, acceso a los servicios de salud y a los servicios sociales.

Por último, se está repitiendo un fenómeno que, aunque nunca suficientemente explicitado, resulta fundamental para entender el desarrollo de las sociedades. Desde el etnocentrismo opulento generalmente se admite que el desarrollo de las sociedades «tercermundistas» depende de los países «ricos». Sin embargo, resulta igualmente irrefutable que, cada vez más, el desarrollo de los países «ricos» depende de la migración de personas procedentes de los países «pobres», de tal manera que, actualmente, sin el concurso de los inmigrantes el desarrollo de los países avanzados se vería seriamente comprometido. Y esto afecta a la gestión de la calidad de vida y del nivel de vida en un contexto multicultural. Los flujos migratorios provenientes del Tercer Mundo están teniendo un impacto espectacular en la, eufemísticamente llamada, «sociedad de acogida», con lo que el desarrollo y la sostenibilidad social se desenvuelven en un contexto extremadamente frágil y sensible al conflicto social, los intereses económicos o políticos o la defensa de las identidades impermeables.

Los procesos migratorios: de nuevo un reto

«Las migraciones son, quizás, una de las características preeminentes de la humanidad desde sus orígenes. Sin embargo, el fenómeno se hace cíclicamente más notorio, por cambios en sus formas o en sus direcciones. Así, por ejemplo, en los 80 volvieron hacia el sur de Europa muchos de los emigrantes que buscaron su supervivencia en Alemania. Era un efecto de la crisis de aquel país, de la atracción del futuro que se abría con la transición democrática del Estado español y de la finalización de la política de rotación de “trabajadores invitados temporalmente” resultado de los acuerdos bilaterales de los años 60. Como describe King (1995, p. 20), la política de “Gastarbeiter” evitaba que los trabajadores echasen raíces. No se les consideraba inmigrantes sino trabajadores temporales, con lo que no se les concedía derechos de ciudadanía, a diferencia de lo que ocurría en Francia o Suiza. Cohen (1987) hablaba de “esclavos de la moderna Europa”. Pero las migraciones a toda Europa continuarán, quizás menos masivas pero de mayor distancia geográfica, cultural y religiosa. Y cuanto más lejanas, más precarias en las condiciones de vida, las condiciones laborales y los riesgos que están dispuestos a asumir, si más no por la indefensión que genera el desconocimientos del medio.» (Pol, 2001, p. 171)

5. APLICAR E INTERVENIR

Dos ideas conviene en este momento que recuperemos de los apartados previos. La primera nos la ha ofrecido Nisbet al hablar de las urgencias morales: las grandes ideas de la ciencia social no surgieron de un raciocinio simple ni de una especulación teórica al margen de lo que acontece en la realidad. Martín-Baró, por su parte, nos recordaba páginas atrás que la Psicología de la liberación, heredera directa del principio emancipación, se concreta en una actividad práctica más que teórica. Ambas ideas son la excusa perfecta para un debate epistemológico de altos vuelos que no es este ni el momento ni el lugar de reflejar. Lo que realmente nos interesa no es perdernos en los meandros sinuosos de una epistemología que se recrea en sí misma sin dar un paso al

frente porque le tiene pánico a la complejidad, sino tomar postura por una forma de hacer y de intervenir, y eso lo que pretendemos hacer partiendo de los dos siguientes supuestos:

1. Lo que está en el fondo del principio emancipación y de una Psicología comprometida con el bienestar es sencillamente la solución de los problemas prácticos, tanto a nivel individual como supra-individual (grupal, comunitario, organizacional, etc.). Este es, por lo demás, un supuesto del que participa la epistemología comparada de Lewin, la teoría socio-histórica de Vygotski, la Psicología de la liberación de Martín-Baró, y la teoría categorial de Tajfel, por poner sólo unos pocos ejemplos, bien que muy significativos desde el punto de vista psicosocial (Cuadro 1.13). Lewin añade, además, un matiz que no puede pasarnos desapercibido: el intento de solucionar los problemas prácticos está en el origen de toda la actividad científica, y en ello la Psicología no es una excepción: el desarrollo de la estructura conceptual de las ciencias tiene su punto de partida en la vida práctica, sostiene Lewin.

CUADRO 1.13: SOLUCIÓN DE PROBLEMAS PRÁCTICOS

Vygotski	«La actitud de la Psicología académica hacia la aplicada sigue siendo medio despectiva, como hacia una ciencia semixacta. No cabe discutir que no todo marcha bien en ese sector de la Psicología, pero para un observador que se sitúe por encima de tales problemas, es decir, para el metodólogo, no cabe la menor duda de que la Psicología aplicada desempeña hoy un papel protagonista en el desarrollo de nuestra ciencia: en ella está representado todo lo que hay en Psicología de progresivo, de sano, todo lo que encierra el germen del futuro; es ella la que ofrece mejores trabajos metodológicos. Sólo estudiando esta área podemos hacernos una idea de la significación de lo que está sucediendo y de las posibilidades de la Psicología real» (Vygotski, 1990, p. 356).
Lewin	«Sería muy desafortunado si la tendencia hacia la psicología teórica se debilitara por la necesidad de tratar con grupos naturales al estudiar ciertos problemas de psicología social. No se debe ser insensible, sin embargo, al hecho de que este desarrollo ofrece grandes oportunidades tanto como amenazas a la psicología teórica. La más grande desventaja de la psicología aplicada ha sido el hecho de que, sin auxilio teórico adecuado, tuvo que seguir el costoso, ineficaz y limitado método de ensayo y error. Muchos psicólogos que hoy trabajan en un campo aplicado son agudamente conscientes de la necesidad de estrecha cooperación entre la psicología teórica y la aplicada. Esto puede conseguirse en psicología, como en la física, si el teórico no mira hacia los problemas aplicados con aversión erudita o con temor de los problemas sociales, y si el psicólogo aplicado comprende que no hay nada tan práctico como una buena teoría.» (Lewin, 1988, p. 161).
Tajfel	«En mayo de 1945, después de haber sido descargado con otros cientos de personas de un tren especial que llegó a la <i>gare d'Orsay</i> de París con su apretada carga de prisioneros de guerra que volvían de los campos de Alemania, pronto descubrí que apenas quedaba nadie vivo de la gente que yo conocía en 1939, incluyendo mi familia. De un modo u otro, esto me llevó a trabajar durante seis años de diversas maneras y en diversos países europeos para organizaciones que, valientemente y con insuficientes medios, trataban de detener la riada de sufrimiento; su tarea era la rehabilitación de las víctimas de guerra, niños y adultos. Éste fue el comienzo de mi interés por la Psicología social» (Tajfel, 1984, p. 17-18).
Martín-Baró	«La Psicología latinoamericana debe descentrar su atención de sí misma, despreocuparse de su estatus científico y social y proponer un servicio eficaz a las necesidades de las mayorías populares. Son los problemas reales de los propios pueblos, no los problemas que preocupan en otras latitudes, los que deben constituir el objeto primordial de su trabajo. Y, hoy por hoy, el problema más importante que confrontan las grandes mayorías latinoamericanas es su situación de miseria opresiva, su condición de dependencia marginante que les impone una existencia inhumana y les arrebató la capacidad para definir su vida. Por tanto, si la necesidad objetiva más perentoria de las mayorías latinoamericanas la constituye su liberación histórica de unas estructuras sociales que les mantienen oprimidos, hacia esa área debe enfocar su preocupación y su esfuerzo la Psicología» (Martín-Baró, 1998, p. 296).

2. A veces se entiende, mal entendido, que la necesidad de resolver problemas prácticos relega la teoría a un segundo plano, cuando resulta justamente lo contrario: la solución de los problemas que aquejan a las personas particulares, a los grupos y comunidades, o a organizaciones e instituciones sólo puede abordarse con garantías con la ayuda de una sólida reflexión teórica que alimente de manera recurrente nuestro quehacer. No hay contradicción entre ambos principios; más bien todo lo contrario: se complementan, se necesitan, y sólo se entienden por referencia mutua. Y tampoco valen esos juegos florales que pretenden establecer una prelación de cualquiera de ellos, y mucho menos la pretensión de abrir entre ambos un insondable abismo epistemológico como si se tratara de dos actividades que pueden subsistir de manera independiente.

Cuando hablamos de intervenir estamos hablando, pues, de una actividad presidida por la solución de un problema práctico que abordamos con la inexcusable e imprescindible ayuda de una determinada estructura conceptual. Para no enredarnos en una interminable y obtusa discusión respecto al significado de los términos que empleamos, podríamos llegar al siguiente acuerdo básico: todo aquello que se aborda en los próximos capítulos son problemas prácticos, no importa que sea la donación de sangre entre universitarios españoles (Capítulo 12), el incremento en la participación en programas deportivos (Capítulo 5), la prevención del riesgo social, o la adherencia terapéutica en pacientes crónicos (Capítulo 3). Como éstos, hay cientos de problemas susceptibles de ser abordados desde la intervención psicosocial; los que aquí se incluyen son tan solo una pequeña muestra. Junto a esta sencilla propuesta, una reflexión de un calado mayor: con la ayuda del maestro Zubiri, José Ramón Torregrosa, otro maestro en la actual Psicología social española, nos ofrece la posibilidad de hablar de prácticas intelectivas:

Saber abstracto y saber concreto

Inteligir, comprender o explicar una realidad, cuando se hace de un modo sistemático, *es ya una investigación aplicada*. Le aplicamos ya unos determinados conceptos, o una determinada metodología. Estas prácticas intelectivas no pueden pretender un total desinterés, ni una total indiferencia. Porque al inteligir un objeto de un modo determinado, no lo dejamos como *estaba antes*, sino que lo construimos con nuestro acto mismo de inteligirlo. La realidad no se nos hace patente de modo inmediato, sino mediatizada a través de los esquemas con que a ella apuntamos para conocerla. Es éste el primer, y probablemente más fundamental, momento de la aplicación: la puesta en práctica de la teoría, la *teorización*. La “extensión” de los conceptos a las distintas áreas sustantivas de los problemas. Reflexionando sobre la técnica, en tanto que mundo en el que vive el hombre, y es creado por el hombre, Zubiri nos hace ver la *radical unidad* que existe entre todo saber y todo hacer. Todo saber es una forma de hacer. Todo saber es una forma de *aprehensión* de las cosas, lo que en cierto modo es penetrar e intervenir en ellas. La intervención en ellas no sólo puede ser el proyecto latente del conocer, sino la *verificación* de ese saber (Torregrosa, 1996, p. 40).

Las prácticas intelectivas pasan a formar parte de esa actividad emanada del principio emancipación. Si cupiera introducir algún matiz en la reflexión de Torregrosa, cabría el siguiente: lejos de establecer un antes y un después, lo que estamos defendiendo es que inteligir es ya en sí una manera de aplicar y una manera de intervenir. Sigamos a Zubiri: entre el saber y el hacer existe una radical unidad. Los capítulos que vienen a continuación, todos ellos prácticamente sin excepción, constituyen un apoyo sin concesiones a esta unidad. La disyuntiva que ahora se nos plantea a raíz de esta interesante reflexión es la de si aplicar es lo mismo que intervenir. ¿Porqué este texto lleva el nombre de *intervención* y no el de *aplicación*? ¿Se trata de un simple cambio de etiqueta o se pretende con ello introducir alguna particularidad que deba ser tomada en cuenta?

La respuesta está en el primer epígrafe: la Psicología como parte de la ciencia social no puede conformarse con un mero análisis de las cosas tal y como son sin hacer una decidida apuesta por las cosas tal y como deberían ser, y hacerlo, además, con la mirada fija en un objetivo muy concreto: el bienestar de las personas, de

los grupos, de las organizaciones, y de las instituciones. Eso lo decíamos de la mano de los grandes protagonistas de la ciencia social, pero podemos hacerlo en compañías más recientes. Hace ya unos años, Edward Seidman, uno de los autores más cualificados en el campo de la Psicología comunitaria, editaba uno de los primeros manuales de intervención bajo supuestos que ya nos resultan familiares: *a*) la preocupación por la naturaleza y características de la vida en sociedad y en comunidad es muy antigua; *b*) una vez que se han satisfecho las necesidades básicas, hemos dirigido nuestra atención a mejorar el bienestar humano y el bienestar social planificando cambios en numerosos ámbitos y dominios de nuestra vida (educación, salud mental, empleo, medio ambiente, etc.); *c*) estos cambios se intentan llevar a cabo mediante una intervención planificada por aquellas personas que se encuentran en una situación de influencia y poder; *d*) dicha intervención tiene como objetivo «una alteración en las relaciones intrasociales, reguladas o espontáneas, pretendidas o no pretendidas»; *e*) el efecto de dicha intervención es el cambio social (Seidman, 1983, p. 10).

Desde la primera línea de este capítulo estamos hablando de intervenir sabiendo muy bien de lo que queremos hablar. Lo hacemos en estos términos porque queremos centrar nuestra atención en cómo son las cosas antes y cómo acaban siendo después de tomar parte en un asunto, de mediar o interceder en él; cómo lo son a nivel personal, y/o cómo lo son desde el punto de vista institucional, organizacional y grupal, y cómo lo son a nivel individual como consecuencia de cómo lo hayan sido a nivel grupal, organizacional o comunitario. Intervenir es, por tanto, planificar con los participantes acciones para prevenir o reducir el impacto de algo que entendemos perjudicial para su bienestar; intervenir es buscar el impacto de un determinado programa sobre personas, grupos o comunidades; intervenir es buscar el compromiso activo y convencido de las personas; intervenir es alterar un determinado orden de cosas a fin de que ocurra aquello que pretendemos; intervenir es modificar el curso de un acontecimiento para reconducirlo en una determinada dirección.

Hace veinte años hablábamos de aplicación sabiendo también muy bien de lo que queríamos hablar: recurrir al repertorio de conocimientos teóricos y metodológicos que la Psicología social ha ido elaborando a lo largo de su historia para mirar con su ayuda los problemas que rodean la vida de las personas (Blanco, et al., 1985, p. 15): la aplicación es una extensión de la teoría psicosocial, y esta se ha dado, con mayor o menor éxito y con mayor o menor regularidad, desde la primera edición del *Handbook* de Psicología social en 1954. Las condiciones de la aplicación las cifrábamos en aquel entonces, y las seguimos cifrando ahora, en un acercamiento a temas que preocupan a ese ciudadano común y corriente que somos todos (la relevancia social), en un interés por asuntos que se centren en lo que ocurre en contextos cotidianos por contraposición a la artificialidad del laboratorio, y en un declarado intento por tener muy en cuenta la fundamentación teórica y el rigor metodológico.

Lo aplicado no tiene ni siente la necesidad de obedecer a ninguno de los principios que nos han venido ocupando a lo largo de las páginas previas (la emancipación, el bienestar, la liberación, el cambio social); tan sólo pretende establecer una relación entre la teoría y un aspecto de la realidad social, por refrendar el funcionamiento de una teoría en algún ámbito de la vida cotidiana, por mirarla desde el prisma de la Psicología social. Hoy ya estamos en condiciones de afirmar que el movimiento hacia la aplicación, que con tanto entusiasmo celebramos en la década de los 80, fue una reacción entusiasta y necesaria a la falta de relevancia y de interés que despertaba una Psicología que portaba el adjetivo de «social». Y veinte años después también sabemos que es necesario dar un paso significativo que vaya de la aplicación a la intervención.

De la aplicación a la intervención, cabría decir; la aplicación como base y como supuesto para la intervención. Necesitamos su impulso en tres aspectos muy concretos que trazan una línea continua con la intervención: *a*) la necesidad de dar respuesta (no permanecer impasibles) a lo que acontece a nuestro alrededor (seguimos concernidos por las urgencias morales), especialmente si lo que acontece coloca frente al abismo de la humillación, de la pobreza, de la exclusión, de la violencia, del sufrimiento, de la indefensión a personas, a grupos, a comunidades, o a sociedades enteras; *b*) la incuestionable importancia de la teoría y el rigor metodológico, más allá de la metodología concreta de la que nos podamos servir, y *c*) la necesidad de seguir teniendo a los hombres y mujeres corrientes como protagonistas. Compartimos, pues, el marco de las necesidades y de los

problemas sociales, y el del saber como parte del hacer, pero necesitamos un paso más: el cambio; pero un cambio con dirección (el bienestar) protagonizado por un sujeto que se implica en él como protagonista activo y no como mero receptor o participante. En la intervención se dan cita la relevancia social, el interés por el conocimiento, la aplicación de las teorías, y el decidido intento por mediar e interceder a fin de que las cosas sean distintas de lo que son (el compromiso con el cambio) (Cuadro 1.14).

CUADRO 1.14. APLICAR E INTERVENIR

	Aplicar	Intervenir
Punto de partida	<ul style="list-style-type: none"> – Vida real de personas reales. – Problemas sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> – Problemas sociales insertos dentro de determinados contextos sociales. – Vida real de personas reales.
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> – Relevancia social. 	<ul style="list-style-type: none"> – Relevancia social. – Compromiso social que es un compromiso moral.
Finalidad	<ul style="list-style-type: none"> – Contrastar teorías en la realidad. – Extensión de las teorías a los problemas sociales. – Posible utilidad de las teorías psicosociales para abordar los problemas sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> – Mediar e interceder en una determinada realidad. – Cambio individual o supra-individual (cambio social). – Promoción del bienestar y desarrollo de la calidad de vida de personas, grupos, comunidades, etc.
Herramientas	<ul style="list-style-type: none"> – Herramientas teóricas y metodológicas primordialmente psicosociales. 	<ul style="list-style-type: none"> – Herramientas teóricas interdisciplinares. – Herramientas metodológicas interdisciplinares.
Ámbito de actuación	<ul style="list-style-type: none"> – Utilidad posible y real de la teoría en la respuesta a determinados problemas prácticos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Problemas reales de gente real perteneciente a una realidad concreta.
Rol del profesional	<ul style="list-style-type: none"> – Se asume un rol preferentemente «intelectivo». – El profesional se constituye como un «pensador» de la realidad a la luz de la teoría psicosocial. 	<ul style="list-style-type: none"> – El profesional asume tanto un rol intelectual como activo frente a la realidad social. – Dinamizador de procesos de capacitación y «empowerment» comunitario.
Rol del «cliente»	<ul style="list-style-type: none"> – Asunción pasiva de las directrices del profesional. 	<ul style="list-style-type: none"> – Deseable participación activa y comprometida en todas las fases del proceso de intervención.
Nivel de análisis	<ul style="list-style-type: none"> – Preferentemente intrapersonal, interpersonal o microsocioal. 	<ul style="list-style-type: none"> – Preferente micro y macro social.

Cuando hablamos de aplicación y de intervención psicosocial no siempre resulta fácil sustraerse a un hecho fácilmente contrastable: la posible extensión de la teoría al mundo real no tiene límites; el campo de la intervención, por el contrario, es más parco. Intervenir no es ensayar sobre el papel la posibilidad de que determinados modelos teóricos funcionen, sino ponerlos en marcha para cambiar una determinada realidad: «los objetivos planteados en la Intervención Psicosocial se orientan a reducir o prevenir situaciones de riesgo social y personal, y contribuir al desarrollo de acciones cuya intención es la solución de problemas concretos que afectan a individuos, grupos y comunidades» (Hernández y Valera, 2001, p. 55) también concretos, cabría añadir,

como son todos los que se encuentran en los próximos capítulos. Por su parte, la aplicación no ha pasado de ser, en muchos casos, un interesante y aleccionador ejercicio retórico sobre cuán útiles podrían ser determinados modelos teóricos emanados de la Psicología social si los aplicáramos a un determinado aspecto de la realidad. La intervención, sin embargo, tiende a orillar los condicionales para centrarse en la utilidad real dentro de un contexto real.

CUADRO 1.15. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

Autor/es	Definición
Kelly, et al. (1977, p. 327)	«Acciones planificadas en la vida de un grupo pequeño, organización o comunidad para prevenir o reducir la desorganización social y personal, y promover el bienestar de la comunidad»
Rueda (1998, p. 102)	«Soy psicólogo y estoy preocupado por los individuos que forman la sociedad. Quizás me diferencio de otros psicólogos porque mi modo de llegar a los individuos es de una forma indirecta: mediante el cambio de su medio. Por eso veo que hago un trabajo de psicología de la comunidad, puesto que opero en las unidades estructurales de éstos, de modo que por nuestra intervención produzcan cambios en los individuos que las forman y éstos a su vez estén mejor dotados para cambiar la comunidad»
Fernández del Valle, Herrero y Bravo (2000, p. 14)	«Hoy en día, el profesional de la intervención e investigación psicosocial y comunitaria sigue mostrando un profundo compromiso con los problemas de la sociedad que le ha tocado vivir. Y este compromiso no sólo se observa en la especial atención que presta a la detección de necesidades en las poblaciones objeto de estudio, sino en su denodado esfuerzo por redefinir en términos positivos las propias experiencias de los individuos y comunidades a las que presta su ayuda y su asesoramiento»
Sánchez (2002, p. 87)	«Actuación directa para modificar un tema o situación; usa técnicas, estrategia (incluyendo el manejo del poder y los valores); incluye la evaluación de necesidades y resultados»
Montero (2003, p. 143)	«La psicología social comunitaria generada en los países americanos ha estado casi siempre orientada hacia la transformación social. Este objetivo se ha planteado a partir de transformaciones en las comunidades y en los actores sociales que en ellas participan, facilitando o catalizando el desarrollo de sus capacidades y auspiciando su fortalecimiento para obtener y producir nuevos recursos conducentes a los cambios deseados y planificados por ellos mismos en su entorno. El logro de tal meta supone que esos actores sociales tengan capacidad de decisión, el control de sus propias acciones y la responsabilidad por sus consecuencias. Supone también una redefinición del poder»
Nelson y Prilleltensky (2005, p. 163-164)	«Las intervenciones sociales son procesos intencionalmente diseñados [planificados metódicamente y ejecutados con precisión] para influir sobre el bienestar [en los niveles personales, relacionales y comunitarios] de la población por medio de cambios en valores, políticas, programas, distribución de recursos, diferenciales de poder y normas culturales»

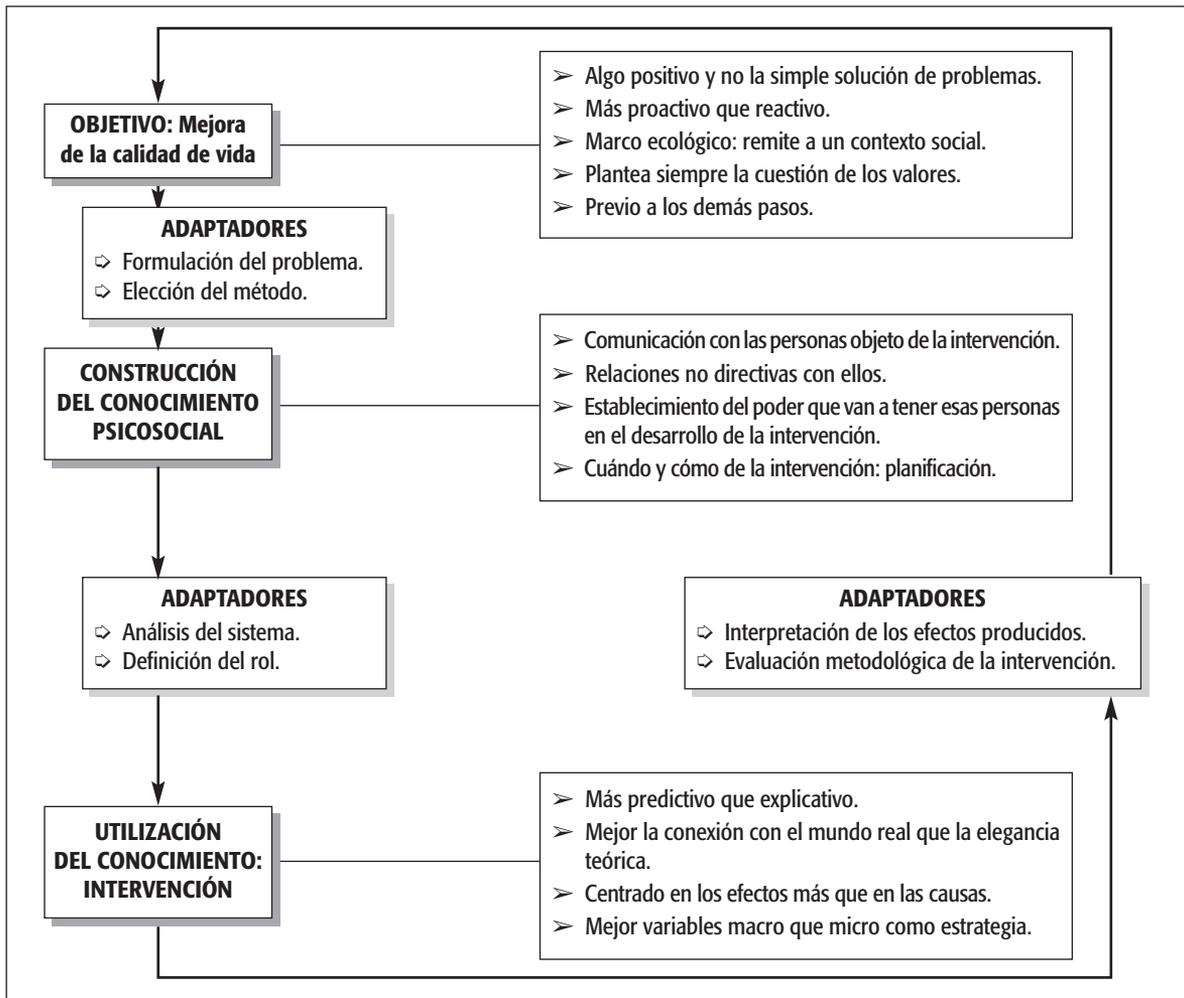
En realidad, la intervención psicosocial se acerca de manera definitiva a una Psicología social aplicable, en los términos definidos por Mayo y La France (1980), no en vano el objetivo central de esa Psicología se centra en la mejora de la calidad de vida. El modelo de estas autoras presenta una estructura circular basada en tres elementos clave en el proceso, enlazados a su vez por distintos adaptadores que permiten el paso de un elemento a otro (véase Cuadro 1.15.):

1. Una Psicología social aplicable ha de relacionarse con la mejora de la calidad de vida, entendida desde un punto de vista positivo, es decir, más proactiva (preventiva) que reactiva y, en cualquier caso, como un objetivo que remite inexcusablemente a la cuestión de los valores, a lo que es socialmente deseable o indeseable.
2. La construcción del conocimiento en una Psicología social aplicable apunta hacia la predicción, se focaliza en las consecuencias y expande el rango de las variables bajo consideración. Ha de tender a ser más

predictiva que explicativa, centrarse más sobre los efectos que sobre las causas, y ampliar el rango de las variables micro o psicológicas a variables macrosociales. Para pasar de la mejora de la calidad de vida a la construcción de conocimiento psicosocial es imprescindible definir adecuadamente el problema, al tiempo que seleccionar una metodología de investigación válida para la construcción del conocimiento. Ambos pasos o adaptadores son decisivos porque, a partir de ahí, el producto final adoptará una forma u otra.

3. El tercer elemento es propiamente la intervención o aplicación del conocimiento. La utilización del conocimiento y la intervención requieren una consideración activa y una planificación deliberada. Para pasar hacia la utilización/intervención son necesarios dos adaptadores más. Por una parte, el análisis del sistema sobre el que se intervendrá, y por otra y relacionada con la anterior, la definición del rol adoptado por el psicólogo social aplicado (mediador, activista, planificador, organizador, experto, etc.). Por su parte, el regreso hacia la calidad de vida como objetivo implica analizar e interpretar tanto los efectos producidos por la intervención (valoración) como una evaluación global de la metodología interventiva.

CUADRO 1.16. LA PSICOLOGÍA SOCIAL APLICABLE DE MAYO Y LA FRANCE (1980) Hernández y Valera (2001, p. 41).



El modelo de Mayo y La France da pie a una doble consideración con la que queremos finalizar este apartado. Tal y como venimos defendiendo desde el comienzo del capítulo, los protagonistas del proceso de intervención son las personas que participan en ella a lo largo de una serie de fases y tareas que es necesario cubrir para llegar a buen puerto. Una vez identificados los protagonistas, nos preocupa señalar las bases sobre las que se asienta la intervención. Señalamos una: el conocimiento y la reflexión teórica. Esta es la clave para acercarnos a la filosofía lewiniana de la Investigación-Acción, sin olvidar que ésta encuentra un marco de referencia inconfundible en otra de las grandes tradiciones emanadas del magisterio del gran maestro alemán: la norma grupal, el grupo como instrumento de cambio: «en el entrenamiento de liderazgo, en el cambio de hábitos alimenticios, producción de trabajo, alcoholismo, prejuicios, todos parecen indicar que habitualmente es más fácil cambiar a los individuos constituidos en grupo que a cualquiera de ellos por separado» (Lewin, 1978, p. 212-213). Escenarios individuales frente a escenarios grupales: esa idea vuelve a aparecer en el conocido artículo «Acción-investigación y los problemas de las minorías», y lo hace con el mismo argumento: cuantas más personas implicadas y comprometidas en una tarea, mayor es la probabilidad de éxito. Para saber si un Seminario de trabajo ha producido un cambio es necesario registrar los siguientes elementos: *a*) el estilo de liderazgo (una obviedad tratándose de Lewin); *b*) la cantidad de iniciativa mostrada por los individuos y los subgrupos; *c*) la división de los participantes en subgrupos; *d*) las fricciones dentro de cada subgrupo y dentro de ellos, y *e*) la gestión de las crisis (Lewin, 1988, p. 236). En el primer párrafo de este capítulo advertíamos que no se podía hablar de intervención sin tomar en consideración a sus protagonistas (las personas a las que va dirigido el programa); ahora ya empezamos a descubrir algunas de las razones: la iniciativa, la participación (división de los participantes en subgrupos), la implicación, el compromiso personal. Todas ellas, claramente explícitas en Lewin, son las que justifican que la intervención psicosocial reclame la inclusión de procesos participativos si pretende lograr sus objetivos. Efectivamente, si queremos, como venimos defendiendo desde el primer momento, considerar a la persona, grupo o comunidad objeto de la intervención como el actor de su propio cambio, es necesario articular metodologías capaces de poner la palabra del usuario dentro del discurso acerca de los objetivos, motivaciones y finalidades de la intervención, y aún más: colocarlas en el discurso acerca del conocimiento psicosocial que sirve de base para establecer estrategias y prioridades. En este sentido, una opción interesante es la denominada Investigación-Acción-Participativa sobre la que volverán Jorge López y Bárbara Scandroglio en el Capítulo 20 y que encontraremos como protagonista en la evaluación del proyecto «Equal Arena» (véase Capítulo 17).

Enric Pol sintetizaba los principales elementos de esta forma de abordar la integración entre investigación, intervención y participación en el siguiente cuadro:

CUADRO 1.17. INVESTIGACIÓN-ACCIÓN-PARTICIPATIVA (Pol, 2000, p. 58)

La Investigación-Acción-Participativa sigue cuatro pasos:

1. Análisis de la estructura social y determinación de los grupos clave.
2. Selección de temas y enfoques según el nivel de concienciación de estos grupos.
3. Ubicación de las raíces históricas de la estructura social y regional.
4. Restitución de los resultados de los grupos clave para dinamizar su acción.

Características y peculiaridades:

1. El profesional se siente comprometido con la gente y con su control del análisis.
2. Adopta el papel de asesor técnico, pero el planteamiento y la solución del problema la proponen los mismos participantes.
3. Concibe el conocimiento, la ciencia, la intervención como una praxis social orientada a colectivos concretos, que se basa en la participación y el compromiso.
4. El investigador/investigador se involucra como agente en el proceso estudiado.

CUADRO 1.17. INVESTIGACIÓN-ACCIÓN-PARTICIPATIVA (Pol, 2000, p. 58) (Continuación)

5. La IAP busca fórmulas que articulen la sociedad ante sus problemas, o más claramente: la IAP se interesa por la realidad concreta que rodea a los ciudadanos.
6. Los conceptos e hipótesis han de ser verificadas en la confrontación con los grupos de base y su realidad, y no en los grandes esquemas teóricos. Esto es lo que se denomina «reflexión-acción».
7. La IAP parte de la posibilidad de articular el sentido común como conocimiento empírico con el conocimiento científico.
8. El saber popular es una posesión cultural que forma parte de la memoria colectiva y ha de servir para avanzar en el conocimiento existente.
9. La IAP considera que los problemas tratados no han de supeditarse a la forma o a la técnica de investigación o de intervención, sino al revés.

El modelo de Mayo y La France nos invita también a considerar las funciones y tareas que hay que desarrollar en el proceso de intervención a lo largo de una serie de fases. Tomadas ambas, las funciones y las tareas, en consideración nos ofrecerían el siguiente panorama:

1. **Análisis del sistema social: evaluación de los problemas sociales y del contexto** (véase epígrafes 2.2.1, y 2.2.2 del próximo capítulo). Para la mayor parte de la Psicología los problemas que asolan a las personas ahondan sus raíces en factores o variables de naturaleza individual. Desde la intervención psicosocial, sin embargo, se conjugan factores psicológicos y sociales: el sujeto de la intervención no es un ente suspendido en el vacío, sino alguien inserto dentro de un contexto. Hay que evaluar los problemas sociales en el contexto en el que se encuentran y esta evaluación se debe realizar con los procedimientos psicosociales adecuados. Esto constituye una herramienta diferenciadora con respecto a otros/as profesionales que trabajan en la comunidad.

Esta tarea se corresponde, de manera muy precisa, con la necesidad de llevar a cabo una evaluación inicial previa a cualquier intervención que consiste en una investigación psicosocial con un triple objetivo: *a)* describir la población objeto de la intervención y el ámbito en el que está inmersa; *b)* detectar y analizar aquellos fenómenos psicosociales susceptibles de conceptualizarse como problema o necesidad social, y *c)* evaluar las necesidades y/o problemas sociales estableciendo una priorización de objetivos en función del contexto donde se desarrollará la posible intervención.

2. La segunda de las tareas que hemos de llevar a cabo se centra en el **diseño, ejecución y supervisión**. Ello incluye tres grandes actividades: *a)* una de carácter técnico: definición de los objetivos, delimitación de las estrategias interventivas, análisis de los recursos endógenos y exógenos necesarios y la organización programática de la intervención; *b)* dinamización y movilización para el desarrollo de la intervención, y *c)* finalmente, una tarea de consultoría y de educación. Todo ello constituye el argumento primordial del Capítulo 8. El recurso humano es la principal herramienta para la intervención. El profesional de la intervención debe facilitar los procesos de desarrollo social y crear espacios y ámbitos que potencien dicho desarrollo en relación al bienestar y a la calidad de vida personal y colectiva. Asimismo, debe intervenir en los procesos de negociación y manejo de conflictos. La consultoría debe estar orientada hacia procesos que afectan a personas que viven en la comunidad. Lo que se pretende es que, en términos de rol, no derive hacia la consultoría clínica que trata casos únicos o individualizados. Desde esta consideración, la educación comunitaria es especialmente relevante en cuanto se refiere a la reorientación de procesos de socialización hacia las posibilidades de cambio.

3. **Diseminación de la intervención.** Se trata de una tarea de retroalimentación, de comunicación de los resultados a la población afectada por la intervención, y de información a los profesionales. Para ello el psicólogo/a debe contar con estrategias de comunicación, para lograr transmitir la información de la forma más eficaz (véase epígrafe 2.2.9 del próximo capítulo).
4. **Evaluación de la intervención** (véase Capítulo 15). Una sociedad consciente de la necesidad de hacer frente a una cantidad de demandas sociales cada vez mayor, con unos recursos que no crecen en la misma proporción, tiene que atender a algún criterio que le permita distribuir racionalmente estos últimos. Así, junto a la capacidad de incrementar la calidad y cantidad de los medios a su disposición, ha de evaluar paralelamente si el uso que se está haciendo de los recursos disponibles es el adecuado y en qué medida se logran los objetivos propuestos inicialmente. La fase de valoración/evaluación final vuelve a desarrollarse con los mismos criterios teórico-metodológicos que la primera fase, pero con el propósito fundamental de comprobar el grado de consecución de los objetivos propuestos en la intervención y la detección de posibles errores o efectos no deseables producidos en su transcurso y susceptibles de ser corregidos a partir de nuevas intervenciones. Desde esta perspectiva, la evaluación de resultados es una estrategia eficaz para el diagnóstico del éxito de un programa y para profundizar en los fundamentos teóricos, en la adecuación de los instrumentos y en la naturaleza de las prácticas profesionales (Martín y Hernández, 1999). Esta fase puede convertirse en una nueva evaluación inicial para nuevos programas en función de las conclusiones acerca de la consecución o no de los objetivos propuestos, efectos indeseados acaecidos o replanteamiento de las bases interventivas. Enric Pol y Sergi Valera han ejemplificado y caracterizado todo este proceso (Hernández y Valera, 2001) reduciéndolo a tres fases o momentos relacionados entre sí por procesos de retroalimentación (véase Cuadro 1.18).

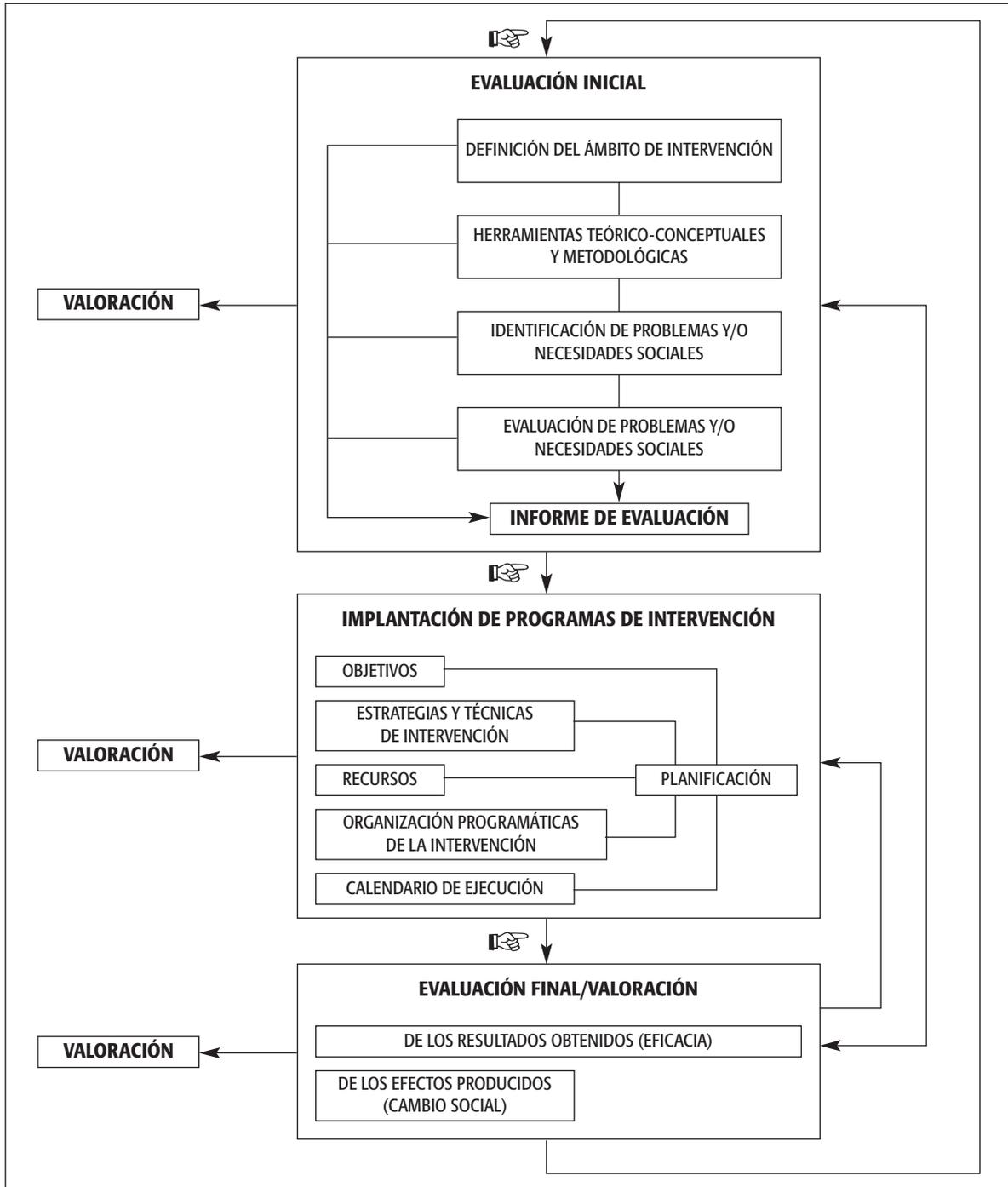
Mientras que la primera y la tercera son fases de carácter claramente investigativo, la segunda obedece a criterios de actuación. Cada una de ellas puede considerarse independiente dentro del proceso general de planificación de la intervención. Por ello, cada fase está sujeta a una valoración propia en relación a sus objetivos particulares, sus fundamentos teórico-conceptuales o su esquema metodológico. Asimismo se ha señalado con el símbolo  los tres momentos en los que el cliente interviene en la toma de decisiones acerca de la intervención: en el momento de plantearla, en la elección de prioridades sociales y actuaciones concretas y en la facilitación de recursos y medios para realizar su valoración.

En definitiva, nos encontramos ante una serie de decisiones que podemos describir en torno a tres características cuyo denominador común es el logro de determinadas metas de interés social. En primer lugar, la idea de un continuo de estrategias resulta apropiada para describir el componente decisional de toda intervención psicosocial. Este continuo incluiría tanto estrategias arbitrarias, como analíticas y holísticas, donde la utilización de una u otra tendría que ver con el tipo de problema analizado y con la información disponible.

Una segunda característica tiene que ver con la complejidad del proceso: las decisiones se basan en condiciones dinámicas, muchas veces inciertas y bajo presión temporal. Las decisiones se apoyan en bucles de acción y retroalimentación evaluativa que constituye un verdadero proceso de acción-investigación.

La tercera característica explicita la necesidad de entender la intervención psicosocial como un proceso de negociación e influencia. A la complejidad definida internamente hay que añadir la complejidad que supone tratar con sistemas abiertos. En el proceso de intervención concurren factores externos (metas institucionales, políticas sociales, recursos de la organización...) e intereses en conflicto, asociados a la presencia de múltiples participantes, que modulan sustantivamente la intervención.

CUADRO 1.18. LAS FASES DE LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL
 (Hernández y Valera, 2001, p. 61; original en Pol y Valera, 1995)



6. PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES

El marco de estas decisiones, como queda claramente explicitado en el Cuadro 1.18, es múltiple y complejo, pero conviene recordar los cuatro componentes de la evaluación inicial, que es como decir los componentes que marcan el camino de cualquier intervención: *a)* concreción del ámbito en el que se va llevar a cabo la intervención; *b)* herramientas teóricas y metodológicas de las que se dispone; *c)* identificación de los problemas y/o necesidades sociales, y *d)* evaluación de los problemas y/o necesidades sociales. A estas alturas del capítulo no puede resultarnos extraña la alusión a los problemas y necesidades sociales, entre otras cosas porque han sido un referente desde las primeras páginas. Sólo un recordatorio para avivar la memoria: el principio emancipación no es sino la concreción del compromiso intelectual con la comprensión y la solución de los problemas sociales que acarrear determinados acontecimientos históricos. Las sombras del progreso, que tanto alarmaban a los maestros de la ciencia social, acaban por concretarse en problemas sociales. Por otra parte, calidad de vida, bienestar, salud, desarrollo, etc., que han formado parte de los argumentos que venimos manejando, entran dentro de la categoría de necesidades que tienen la incombustible vocación de ser satisfechas.

Cuando hablamos de necesidades sociales podemos considerar un doble nivel de análisis. El primero se refiere a su naturaleza ontológica; es decir, qué es necesidad y qué no lo es. Y puestos a discernir, es necesario también hacerlo con relación a si hay necesidades de carácter universal — válidas para cualquier persona en cualquier parte del mundo — o las necesidades se definen de manera local o específica en contextos socio-culturales. Una vez resuelta esta primera disyuntiva (si es que tiene solución) todavía nos queda un segundo nivel, quizás el más importante desde un punto de vista psicosocial, ya que afecta directamente a las prácticas sociales y a los modos de relación entre las personas y entre estas y sus instancias políticas y culturales de referencia. Este segundo nivel trataría de analizar las formas en las que las necesidades sociales son satisfechas en un contexto determinado, algo que en nuestro discurso equivale a hablar directamente de los modos de intervención, y a disponer de conocimiento en relación: *a)* con el objeto mismo en el que se enmarca la necesidad; *b)* con la propia definición «operativa» de la necesidad; *c)* con sus modos de satisfacción, y *d)* con los recursos disponibles para abordar la situación. Todo ello nos sitúa dentro del corazón de la intervención propiamente dicha.

Tomemos un ejemplo del contexto médico: nuestro conocimiento del cuerpo humano (nivel 1) lleva a determinar cuáles son los niveles aceptables de colesterol en la sangre y cuándo es necesaria su reducción para no poner en peligro la salud (nivel 2). Esto lleva a señalar el tratamiento que, según los conocimientos actuales, resulta más adecuado para satisfacer esta necesidad; por ejemplo, una dieta (nivel 3); inmediatamente aparecen en el mercado un sinnúmero de productos adecuados para una dieta baja en colesterol (nivel 4). Sin embargo, previamente se habrá tenido que considerar como una necesidad el control de los niveles de colesterol a fin de prevenir el aumento de las enfermedades cardiovasculares en la población (necesidad que en otros países o contextos geográficos con una carencia alimenticia alarmante no es, lógicamente, contemplado como tal), y enmarcar esta necesidad dentro de un contexto cultural más amplio (sedentarismo, mala alimentación, ritmo de vida, niveles de estrés elevado, etc.) lo cual nos pone en la pista de las formas concretas de satisfacer esta necesidad: una dieta equilibrada, la práctica deportiva; en definitiva, estilos de vida saludables que, además, tienen repercusiones no sólo médicas sino también psicosociales (Musitu y Herrero, 2000). Inmediatamente, el mercado se pone en marcha para ofrecer productos y servicios que, en el contexto de la sociedad de consumo actual, ejerzan de satisfactores adecuados a estas necesidades. El concepto de tratamiento médico o de la salud se multidimensionaliza invadiendo así esferas inusitadas del comportamiento y de la cotidianidad, impensables sólo hace unos años. La gestión de la salud se «globaliza».

Es en esta línea en la que, desde hace ya algún tiempo, Ferrán Casas (1996; 2004) propone analizar las representaciones sociales de tres elementos relacionados con la intervención psicosocial: *a)* las representaciones existentes respecto al grupo o grupos de personas afectadas; *b)* las representaciones sobre el grado de implicación

social que el fenómeno representa (¿se trata de un problema o necesidad social?, ¿es grave?), y c) las representaciones sobre las formas «apropiadas» de actuar. Mientras los dos primeros puntos podrían referirse al primer nivel descrito, el tercero entraría de lleno en las prácticas sociales de satisfacción de necesidades. Pero vayamos por partes.

En el contexto de la intervención psicosocial, y a pesar del carácter proactivo o «giro positivo» que va instaurándose progresivamente, la realidad se revela a menudo bajo la constatación de la existencia de importantes problemas o necesidades que aquejan a la sociedad en general o a determinados grupos en particular. Ello da origen a su vez a lo que se ha venido a denominar políticas sociales; es decir, programas dirigidos desde la administración pública para hacer frente a las carencias, insuficiencias o lagunas detectadas en un contexto social determinado. De esta forma, los servicios sociales adquieren el carácter de un cierto «estándar básico» en el marco de unas necesidades determinadas. Esto implica un proceso de reconocimiento o, hablando con más propiedad, de legitimación de necesidades en el seno de una sociedad determinada. La pregunta inmediata es obvia: ¿existen necesidades universales, comunes a todas las sociedades o culturas, o son necesidades específicas y por lo tanto sólo asumibles y tratables dentro de un determinado contexto social, histórico o cultural?

Existe un considerable consenso al definir gran parte de nuestras necesidades como social y culturalmente creadas, como hijas de su tiempo y de su historia, como algo apegado al cambio de valores y al cambio social. Es constatable, por ejemplo, la evolución de valores en nuestra sociedad, que ha pasado de una perspectiva «materialista», propia de una sociedad industrial basada en el individualismo acérrimo, el consumismo y el énfasis en el bienestar económico, a la coexistencia con una sociedad basada en una escala de valores que Inglehart (1991) definió como «post-materiales», valores propios de una sociedad postindustrial, que se fundamenta básicamente en la participación, la autorrealización y la protección ambiental. Por otra parte, desde la teoría de la motivación se sabe que son realmente muy pocas las necesidades que nacen «espontáneamente»; prácticamente sólo aquellas que resultan imprescindibles para la supervivencia de las personas. El resto son necesidades socialmente creadas cuya satisfacción ni es imperiosa, aunque sí pueda ser normativamente recomendada, ni tiene relación directa con la supervivencia. Un buen ejemplo de ello son las necesidades generadas por nuestra sociedad de consumo, la mayoría de las cuales adoptan la forma de «necesidades inducidas», que es una modalidad, quizás no la más importante, de las necesidades sociales. Kurt Lewin nos sirve, una vez más, de referente:

Necesidades inducidas

«Las necesidades del individuo están, en muy alto grado, determinadas por factores sociales. Las necesidades del niño que crece se cambian y se introducen otras nuevas como resultado de los pequeños y de los grandes grupos sociales a los que pertenece. Sus necesidades son mucho más afectadas, también, por la ideología y la conducta de aquellos grupos a los que desearía pertenecer o de los que gustaría mantenerse aparte. Hemos visto que el nivel de aspiración está relacionado con los hechos sociales. Podemos afirmar más generalmente que la cultura en la que un niño crece afecta a casi todas sus necesidades y toda su conducta y que el problema de aculturación es uno de los más importantes en la psicología infantil» (Lewin, 1988, p. 263).

Para que una necesidad pueda ser considerada «social» tan sólo sería necesario, en principio, que sea definida y compartida por conjuntos claramente definidos de ciudadanos. En la práctica, sin embargo, sólo las situaciones legitimadas para cada sociedad en cada momento histórico merecen el adjetivo «social» y, por ende, el reconocimiento de la necesidad de un soporte público para su abordaje. Otras situaciones que afectan negativamente a personas pueden contemplarse simplemente como problemas «privados» o sin implicaciones para los sentimientos de responsabilidad colectiva (Casas, 1996; 2004). En otras palabras, en cada sociedad y momento histórico, el hecho de que unas determinadas necesidades no estén satisfechas puede considerarse o no

un problema social. Sólo si la sociedad contempla esa situación como problema propugnará su solución (Hernández y Valera, 2001). Así pues, al considerar el estudio de las necesidades sociales hay que tomar en consideración cuatro premisas:

1. Identificar una necesidad, más allá de sus dimensiones objetivas, implica utilizar juicios de valor.
2. Una necesidad es percibida por un grupo social determinado dentro de un conjunto de circunstancias concretas.
3. Reconocer, es decir, legitimar una necesidad social implica reconocer que existe una solución para paliarla.
4. Cuando las acciones para cubrir una determinada necesidad producen resultados inadecuados, es decir, no se ajustan a las expectativas creadas, la persistencia de esa necesidad puede derivar en un problema social.

Así pues, el reconocimiento de una necesidad social no implica, por su propia naturaleza, la existencia de un problema social, aunque a veces ambos términos tienden a visualizarse como sinónimos. Sin embargo, una necesidad percibida como no cubierta satisfactoriamente, o de presencia prolongada a lo largo del tiempo, puede derivar en disfunciones más o menos graves, convirtiéndose en un problema social. Tanto las necesidades como los problemas sociales, en tanto que maneras de concebir determinados fenómenos o situaciones sociales, están sujetos a los mismos principios de legitimación social y a las reglas de la aplicación de principios de valor. Así, las características que permiten identificar la existencia de un problema social son, según Sullivan *et al.* (1980), las siguientes:

1. Debe existir un consenso amplio entre los miembros de una sociedad sobre la determinación de cuáles son los problemas sociales.
2. Debe poderse identificar a los grupos sociales que definen la existencia de un problema social, ya que ellos son los que poseen intereses en su solución.
3. Los valores sociales son imprescindibles para determinar el porqué la sociedad define un problema como social.
4. Los problemas sociales poseen una identificación distinta de los problemas personales, en cuanto que son cuestiones públicas.

Existen dos formas principales y complementarias de legitimación de una necesidad social: *a)* la adquisición de una conciencia cívica sobre ella tiene como resultado la génesis de maneras informales de satisfacerla y de controlarla, y *b)* el reconocimiento legal, como derecho positivo, que genera procedimientos formales y servicios públicos de atención a la necesidad concreta. Ambos procesos pueden, obviamente, ser definidos como dos momentos del sistema de legitimación de las necesidades sociales, teniendo en cuenta que la conciencia social de una necesidad (al igual que de un problema) es fácilmente manipulable desde instancias de poder, especialmente a través de los sentimientos de inseguridad.

Por su parte, siguiendo las fases ya clásicas de Spector y Kituse (1973) para explicar la legitimación de los problemas sociales, Hernández y Valera (2001) lo resumen de la siguiente manera: la definición de un problema social equivale a su aparición o emergencia, y se producirá cuando un grupo en desventaja, a partir de valores y criterios contrapuestos, defina colectivamente la situación como algo negativo que debe ser corregido (*agitación*). Para caminar hacia su solución, una vez que el problema social está definido, debe adquirir legitimidad

conforme vaya obteniendo apoyo y reconocimiento social. El respaldo de las instituciones sociales y de los medios de comunicación le conferirá mayor «respetabilidad» y contribuirá a que quienes sean responsables de resolverlo lo consideren significativo y digno de ser atendido (*legitimación y coactuación*). Finalmente, como última etapa, los poderes públicos responsables habrán de decidir poner en marcha un programa de acción. Los investigadores que lo llevan a cabo habrán de redefinir científicamente el problema, establecer unos objetivos, diseñar las fases de un programa y organizar su implantación, aunque el tema también puede caer fácilmente en el marasmo de asuntos pendientes por parte de los poderes públicos atendiendo su solución más a la protesta que genera que al problema en sí (*burocratización*) lo cual puede llevar a una *reemergencia* del movimiento reivindicativo inicial.

Sea cual sea el conjunto de necesidades o problemas que una sociedad legitime en su seno, existe un debate abierto en relación con la capacidad de poder definir «necesidades básicas universales», o mejor, universalizables puesto que, más allá de su discutible naturaleza «universal», su satisfacción sería consensuadamente considerada imprescindible para el desarrollo de una vida digna. El concepto de «mínimo social» (*Social Minimum*), por ejemplo, enmarca un movimiento que, en esta línea, intenta definir esas garantías mínimas para todos. Para autores reconocidos en esta materia, como Doyal y Gough (1991), existen dos necesidades que pueden ser consideradas universales: la necesidad de salud física y la necesidad de autonomía. Así, para desenvolverse bien en la vida cotidiana los seres humanos tienen que ir mucho más allá de la mera supervivencia. Han de gozar de un mínimo de buena salud física. Por otra parte, la autonomía como necesidad básica se refiere a la capacidad de la persona para formular estrategias consistentes, de acuerdo con sus intereses, y a sus intentos para ponerlos en práctica en su contexto cultural. Tres son las variables clave que afectan a los niveles de autonomía personal: a) el grado de *comprensión* que una persona tiene de sí misma, de su cultura y de lo que se espera de ella como individuo; b) la *capacidad psicológica* que posee de formular opciones para sí misma, y c) las *oportunidades* objetivas que le permitan actuar en consecuencia. A su vez, la autonomía ha de ser entendida bajo dos formas: autonomía como libertad de agencia o de acción (*véase* Cuadro 1.19), y autonomía crítica que conlleva la participación democrática en el proceso político a cualquier nivel. Recordemos lo dicho en relación con el bienestar psicológico y social: la capacidad para mostrarse ante uno mismo y ante los demás como un ser propositivo, comprendiendo y participando activamente en el mundo que nos rodea, y de evaluar las alternativas de acción más ajustadas a contexto en función de sus intereses y motivaciones, constituye una de las claves para el desarrollo de personas felices y sanas psicosocialmente hablando.

En el próximo capítulo se abordarán cuestiones de carácter más técnico en torno a los problemas y a las necesidades sociales: cómo se identifican unos y otras, en qué conductas se concretan, cómo se definen operativamente, en qué se traducen, cómo se evalúan, etc.

7. ÁMBITOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

Otra forma de definir el objetivo de la intervención es referirse al objeto o ámbito sobre el que se centra. En este caso, el objetivo genérico de promover el bienestar o de abordar necesidades o problemas sociales se concreta en un determinado objeto y en un determinado contexto. Ambos, objeto y contexto, constituyen el eje central sobre el que se articula la demanda de la intervención y sobre los que se centrarán los conocimientos y las características específicas necesarias a tener en cuenta para la concreción de las estrategias interventivas.

El Cuadro 1.19 pretende ofrecer una herramienta para definir los posibles ámbitos de la intervención psicosocial. Para ello, se ha distinguido entre contextos de la intervención y objeto de la intervención. En el primero de los casos se trata de definir de la manera más exhaustiva posible los contextos o sistemas de referencia que se perfilan en una intervención psicosocial. En otras palabras, definir sobre qué faceta de la realidad

social se incidirá en el transcurso de la intervención, teniendo en cuenta que las categorías que aparecen en este listado no son mutuamente excluyentes sino todo lo contrario: a pesar de que siempre podemos enfatizar uno u otro contexto, la realidad se impone desde su multidimensionalidad como combinaciones variables de estas categorías.

Además, buena parte de estos contextos de intervención han desarrollado áreas de conocimiento específicas que se engloban en lo que genéricamente se ha dado en denominar Psicología Social Aplicada o «psicologías sociales aplicadas» o aún «campos o ámbitos de intervención de la Psicología Social».

Por otro lado, podemos definir el objeto de la intervención, es decir, aquel grupo de personas o colectivo que recibirá las consecuencias de la intervención. De nuevo, la lista no presenta categorías mutuamente excluyentes sino que, a menudo, el objeto de la intervención psicosocial está configurado por colectivos que comparten varias de las categorías listadas. Nótese que este sistema tan sólo pretende ofrecer una herramienta para poder definir qué es necesario hacer y sobre quién es necesario actuar cuando se planifica cualquier intervención psicosocial.

CUADRO 1.19. LOS ÁMBITOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

CONTEXTOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL	OBJETO DE LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL
Investigación psicosocial e investigación psicológica básica	Comunidad
Sistemas de bienestar social/políticas sociales	Grupos sociales
Contexto socio-comunitario	Infancia
Contexto jurídico/penitenciario	Juventud
Contexto socio-ambiental	Personas en proceso de envejecimiento
Contexto socio-laboral (trabajo, paro, ocio)	Familia
Contexto socio-educativo	Mujeres
Contexto socio-sanitario	Inmigrantes
	Minorías culturales
	Personas con discapacidad
	Personas en régimen de pobreza
	Personas sometidas a régimen de internamiento
	Personas bajo régimen de tutela o acogimiento
	Grupos específicos (adicciones, psicopatologías, etc.)

En definitiva, el objetivo de una intervención psicosocial estará marcado por la definición de un contexto interventivo multidimensional operando sobre un grupo o comunidad más o menos específico pero también de caracterización compleja. Así, si nos adentramos en el texto que el lector tiene en sus manos, podremos encontrar casos que pueden servir en este momento de ejemplos en los que la utilización de esta parrilla puede ser de utilidad para definir intervenciones psicosociales:

EJEMPLO 1: Camilo Madariaga (Capítulo 6) nos presenta una propuesta de intervención dentro de un contexto socio-comunitario y socio-ambiental cuyos protagonistas principales son niños y niñas en situación de pobreza que viven al lado de un cenagal con grave riesgo para su salud (contexto socio-sanitario).

EJEMPLO 2: En el Capítulo 10, Bárbara Marín, Karin Coyle, Cherri Gardner y Jennifer Cummings se adentran en el contexto socio-educativo de una minoría cultural (hispanos en el Sur

de California) con el propósito de que los escolares adolescentes demoren el inicio de su actividad sexual para prevenir el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, así como el embarazo no deseado. En el Capítulo 5 Isabel Balaguer toma como objetivo el bienestar psicológico dentro de un contexto igualmente socio-educativo esta vez para diseñar una intervención que facilite la práctica deportiva.

EJEMPLO 3: El contexto socio-comunitario es el que enmarca el diseño y las intervenciones que se describen en los capítulos 7 (diseño), 9 y 14 (intervención) respectivamente.

EJEMPLO 4: Las personas bajo régimen de acogimiento o tutela son los protagonistas del Capítulo 16.

EJEMPLO 5: En el marco de las políticas sociales, Manuel Martínez y Julia Martínez (Capítulo 17) toman como grupo a los inmigrantes y analizan los servicios de atención a inmigrantes en el nivel comunitario (véase epígrafe 17.5) y la prevención de exclusión social en la mujer inmigrante (véase epígrafe 17.6).

Complementariamente, este cuadro puede incorporar otras variables que ayuden todavía más a perfilar la intervención psicosocial. Por ejemplo, podemos definir qué tipo de tarea realiza el psicólogo social o cuál es la orientación de tal intervención. En el primer caso podríamos convenir, siguiendo el documento *Perfiles Profesionales* (Colegio Oficial de Psicólogos, 1998, consultable en <http://www.cop.es/perfiles/>), que el psicólogo social puede desarrollar las tareas que se especifican en el Cuadro 1.20.

CUADRO 1.20. TIPOS DE TAREAS A REALIZAR POR UN PSICÓLOGO DE LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

- **Atención directa en programas de intervención.** El psicólogo interviene directamente con la población objetivo de los servicios para evaluación, orientación y/o solución de problemas.
- **Asesoramiento y consultoría.** El psicólogo realiza un trabajo dirigido no al cliente de los servicios, sino al personal o a la dirección de programas o servicios respecto de su funcionamiento, implementación, opciones alternativas, superación de crisis.
- **Dinamización comunitaria.** Desde el modelo comunitario, el psicólogo persigue una mayor conciencia de comunidad y una dinamización de sus propios recursos. La reconstrucción o consolidación del tejido social, la promoción de movimientos asociativos, la generación de proyectos surgidos de las propias necesidades definidas por la comunidad o la interlocución con las instancias político-administrativas son algunas de las tareas en este ámbito.
- **Planificación y programación.** El psicólogo se ocupa de obtener el grado óptimo de estructuración de los componentes de la intervención (definición de la población destinataria, objetivos, creación y coordinación de servicios, recursos, temporalización de las acciones, etc.).
- **Evaluación de programas.** Se refiere al estudio sistemático de los componentes, procesos y resultados de las intervenciones y programas e implica el conocimiento por parte del psicólogo de técnicas de evaluación así como del ámbito concreto en el que se inscribe la intervención a evaluar.
- **Dirección y gestión.** Dentro de las estructuras de servicios y programas de intervención social, los psicólogos también se han ido incorporando a los niveles de dirección y gestión, tanto en la administración como en la iniciativa privada.
- **Investigación.** El psicólogo se ocupa de realizar prospecciones, estudios y trabajos de investigación que contribuya al avance del cuerpo de conocimientos que sustentan esta actividad profesional.
- **Formación.** Como en otros campos de la psicología aplicada el psicólogo diseña y realiza actividades formativas.

CONCLUSIONES

Asesorar, dinamizar, planificar y programar, evaluar, investigar y formar: todas esas actividades van a formar parte de este texto de Intervención Psicosocial; todas ellas, además, responden con firmeza a una manera de hacer y de ejercer la Psicología que tiene en el bienestar su marco de referencia. Así lo dejó consagrado el propio Colegio Oficial de Psicólogos en el que podría ser considerado como su documento central, su Código Deontológico: «El ejercicio de la Psicología, reza textualmente su Artículo 5, se ordena a una finalidad humana y social, que puede expresarse en objetivos tales como la salud, la calidad de vida, la plenitud del desarrollo de las personas y de los grupos, en los distintos ámbitos de la vida individual y social». Algo más explícito es el Artículo 1 de la «American Psychological Association» al cifrar sus objetivos en «promover el bienestar humano fomentando ... todas las ramas de la Psicología, promoviendo la investigación y mejorando los métodos y las condiciones de investigación, mejorando las capacidades de los psicólogos... Todo ello con el fin de aplicar los resultados de la investigación a la promoción del bienestar».

El bienestar como marco: ese ha sido el motivo y la excusa principal de este capítulo. Es, además, el motivo que concertó la inquietud de los padres de la ciencia social hace casi doscientos años en torno al principio emancipación, hecho fundante de la ciencia social que hemos convertido en objeto de todo un epígrafe para recuperar el compromiso moral del quehacer de la Psicología como ciencia y como profesión y recordar las inevitables aspiraciones morales de toda ciencia. ¿Emancipar de qué? De características internas, y sobre todo de condiciones externas (el principio de realidad defendido por Martín-Baró: las cosas como son) que empedran nuestra vida de obstáculos para la satisfacción de necesidades básicas desde el punto de vista físico, social o psicológico. ¿Emancipar para qué? Para dirigir nuestra mirada a cómo deberían ser las cosas para garantizar el bienestar subjetivo, el bienestar psicológico y el bienestar social. Emancipar es liberar de la opresión a los más desfavorecidos, darles la voz y hacerlos visibles desde la ciencia social en general, y particularmente desde la Psicología. Lo que, a la postre, está en el fondo del principio emancipación y de una Psicología comprometida con el bienestar es la solución de los problemas prácticos; problemas que aquejan a personas, a grupos, a comunidades, a instituciones y organizaciones, y a pueblos y sociedades enteras.

Intervenir entraña, pues, un compromiso con los problemas sociales, con los problemas reales de gente de carne y hueso; intervenir es mediar e interceder en una determinada realidad; intervenir es cambiar procesos internos, cambiar el medio o cambiar las maneras como las personas se relacionan con su medio; intervenir es ayudar a que la gente participe en el cambio; intervenir es hacer que la gente retome el control sobre su propia vida

A lo largo de los próximos 20 capítulos tendremos oportunidad de asistir a los tres principales actos de la intervención: el diseño, la puesta en práctica, y la evaluación. Lo haremos, primero, desbrozando los caminos teóricos, identificando tareas y protagonistas en cada uno de estos actos, señalando requisitos y condiciones comunes que se consideran imprescindibles dentro de la inabarcable diversidad que pueden llegar a adquirir cada uno de ellos. Junto al presente, este texto cuenta con tres grandes capítulos teóricos que dan las pautas del diseño, de la ejecución y de la evaluación de un programa de intervención. Cada uno de estos capítulos va acompañado de ejemplos concretos que han trasladado a la realidad el diseño, la puesta en marcha o la evaluación de un programa real. Hemos dado un paso respecto a la aplicación: ya no se trata de cómo se podrían contrastar hipotéticamente determinadas teorías en la realidad, sino de cómo se han llevado a cabo determinados proyectos. El último de los bloques teóricos ha querido abordar el panorama metodológico en aquel aspecto menos frecuente en la intervención: el uso de la metodología cualitativa.

Todo ello lo hemos hecho con la ayuda de consumados especialistas en cada uno de los campos, y ello es una garantía de realismo y de rigor, y un verdadero ejemplo para futuros profesionales a la hora de adentrarse en este mundo tan aparatoso como apasionante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Argyle, M. (1992). *La psicología de la felicidad*. Madrid: Alianza.
- Aron, R. (1980). *Las etapas del pensamiento sociológico*. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte.
- Bentham, J. (1962[1789]). Introduction to the Principles of Moral and Legislation, Chapters I-V. In M. Warnock (Ed.) *John Stuart Mill's Utilitarianism*. Glasgow: William Collins.
- Blanco, A., Fernández-Dols, J. M., Huici, C. y Morales, J. F. (1985). Introducción. En J. F. Morales, A. Blanco, C. Huici y J. M. Fernández-Dols (Eds.), *Psicología social aplicada* (pp. 13-80). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Casas, F. (1996). *Bienestar Social. Una introducción psicociológica*. Barcelona: PPU.
- Casas, F. (2004). Retos actuales de la Psicología de la Intervención Social. En J. Rodríguez Roca, y J. M. Alonso Varea (Coords.), *Repensar la Intervención Social: los escenarios actuales y futuros* (pp.84-95). Barcelona: COPC.
- Comte, A. (1981). *La Física social*. Madrid: Aguilar.
- Csikszentmihalyi, M. (1996). *Fluir (Flor). Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairós.
- Diener, E. (2002). Subjective Well-Being. En C. Snyder, y S. López (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 63-73). Oxford: Oxford University Press.
- Doyal, L., y Gough, I. (1994). *Teoría de las necesidades humanas*. Barcelona: Icaria.
- Durkheim, E. (1928). *El suicidio*. Madrid: Editorial Reus.
- Durkheim, E. (1982). *La división del Trabajo Social*. Madrid: Akal.
- Engels, F. (1979). *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. Madrid: Ediciones Júcar.
- Fernández del Valle, J., Herrero, J., Bravo, A. (2000). (Eds.). *Intervención psicosocial y comunitaria. La promoción de la salud y la calidad de vida*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Habermas, J. (1982). *Conocimiento e interés*. Madrid: Taurus.
- Hernández, B. y Valera, S. (2001). *Psicología Social Aplicada e Intervención Psicosocial*. Santa Cruz de Tenerife: Resma.
- Inglehart, R. (1991). *El cambio cultural en las sociedades industriales avanzadas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Kelly, J., Snowden, L. y Muñoz, R. (1977). Social and Community Interventions. *Annual Review of Psychology*, 28, 323-361.
- Keyes, C. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Keyes, C. (2005). Mental Health and/or Mental Illness? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- King, R. (1995). Migrations, globalization and place. En D. Massey y P. Jess (Eds.). *A Place in the World* (pp. 5-53) Oxford: Oxford University Press.
- Levi, L. y Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México D.F.: El Manual Moderno.
- Lewin, K. (1978). *La teoría de campo en la ciencia social*. Buenos Aires: Paidós.
- Lewin, K. (1988). Acción-investigación y problemas de las minorías. *Revista de Psicología Social*, 3, 229-240.
- Martín, A. y Hernández, B. (1999). La eficacia de los programas de rehabilitación. En E. Sola, J. M. Bethencourt, P. Matud, y P. García Medina (Coords.) *Implicaciones de la Psicología en la Criminología actual* (pp.53-67). Granada: Comares.
- Martín-Baró, I. (1998). *Psicología de la liberación*. Madrid: Trotta.
- Marx, C. (1946). *El Capital. Crítica de la Economía Política I*. México: F.C.E.
- Maslow, A. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Mayo, C. y La France, M. (1980). Toward an Aplicable Social Psychology. En R. Kidd, y M. Saks (Eds.), *Advances in Applied Social Psychology*. Vol. 1 (pp. 81-96). Hillsdale, N.J.: LEA.
- Michalos, A.C. (1995). Introducción a la Teoría de las Discrepancias Múltiples. *Intervención Psicosocial*, 4, 101-15.

- Milgram, S. (1970). The experience of living in cities. *Science*, 167, 1461-1468.
- Miller, G. (1969). Psychology as a Means to Promoting Social Welfare. *American Psychologist*, 24, 1063-1075.
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Barcelona: Paidós.
- Musitu, G. y Herrero, J. (2000) Calidad de vida y bienestar psicosocial: un binomio indisoluble. *Cadernos de Psicología*, 27, 28-45.
- Nelson, G., y Prilleltensky, I. (2005). *Community Psychology: In Pursuit of Liberation and Well-Being*. N.Y.: Palgrave Macmillan.
- Nisbet, R. (1969). *La formación del pensamiento sociológico I*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Plé, B. (2000) Auguste Comte on Positivism and Happiness. *Journal of Happiness Studies*, 1, 423-445.
- Pol, E. (2000). *Impacte Social. Comunicació Ambiental i Participació*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Monografías Universitarias.
- Pol, E. (2001). La Psicología Social en su contexto: Nuevos escenarios, nuevos retos. En B. Hernández, y S. Valera. *Psicología Social Aplicada e Intervención Psicosocial* (pp. 157-179). Santa Cruz de Tenerife: Resma.
- Pol, E., y Valera, S. (1995). *Gràfics i Esquemes. Psicologia Social Aplicada*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Quijano, S. (1987). *Introducción a la psicología de las organizaciones. Fundamentos*. Barcelona: PPU.
- Rueda, S. (1998 [1983]). De la intervención del psicólogo en el trabajo de comunidad. En VVAA. *Comunitat, participació i benestar social*. Barcelona: Diputació de Barcelona, p. 102. (Original en *Revista de Treball Social*, 90).
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Sánchez, A. (2002). *Psicología Social Aplicada*. Madrid: Prentice-Hall.
- Seidman, M. (Ed.) (1983). *Handbook of Social Intervention*. Beverly Hills: Sage.
- Seligman, M. (2002). Positive Psychology, Positive Prevention, and Positive Therapy. En C. Snyder, y S. López (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 3-9). Oxford: Oxford University Press.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Sen, A. (1996). Capacidad y bienestar. En M. Nussbaum, y A. Sen (Eds.), *La calidad de vida* (pp. 54-83). México: F.C.E.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta.
- Simmel, G. (1902). The number of members as determining the sociological form of the group. *American Journal of Sociology*, 8, 1-46.
- Spector, M. y Kitsuse, J. (1987). *Constructing Social Problems*. New York: Aldine de Gruyter.
- Sullivan, T., Thompson, K., Wright, R., Gross, G. y Spady, D. (1980). *Social Problems: Divergent Perspectives*. New York: John, Wiley and Sons.
- Tajfel, H. (1984). *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona: Herder.
- Tönnies, F. (1979). *Comunidad y asociación*. Barcelona: Península.
- Torregrosa, J. R. (1996). Concepciones del aplicar. En J. L. Álvaro, A. Garrido y J. R. Torregrosa (Coords.), *Psicología Social Aplicada* (pp. 39-56). Madrid: McGraw-Hill.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.
- Vowinkel, G. (2000). Happiness in Durkheim's sociological policy of morals, *Journal of Happiness Studies*, 1(4), 447-464.
- Vygotski, L. (1980). *El significado histórico de la crisis en Psicología*. Madrid: Visor Aprendizaje.
- Warr, P.B. (1987). *Work, Unemployment, and Mental Health*. Oxford: Oxford Science Publications.
- Weber, M. (1967). *El político y el científico*. Madrid: Alianza.
- Wirth, L. (1938). Urbanism as a Way of Life. *American Journal of Sociology*, 44, 3-24.
- Wright Mills, C. (1961). *La imaginación sociológica*. México: F.C.E.



PARTE

El diseño de programas de intervención psicosocial

- Capítulo 2. El diseño de un programa de intervención
Jesús Rodríguez-Marín, Isabel Cañadas, José Antonio García del Castillo y José J. Mira.
- Capítulo 3. Diseño de una intervención psicosocial dirigida al incremento de la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos
Carmen Pozo, Enrique Alonso y Sonia Hernández.
- Capítulo 4. Intervención psicosocial frente al VIH/SIDA
Silvia Ubillos.
- Capítulo 5. Clima motivacional, calidad de la implicación y bienestar psicológico: una propuesta de intervención en equipos deportivos
Isabel Balaguer.
- Capítulo 6. Intervención Psicosocial para la promoción del desarrollo humano de niños en condiciones de pobreza
Camilo Madariaga.
- Capítulo 7. Reconstruir el tejido social mediante la práctica de transformar el pasado: diseño de una intervención en violencia política
Mauricio Gaborit.

CAPÍTULO 2

El diseño de un programa de intervención

Jesús Rodríguez-Marín, Isabel Cañadas,
José Antonio García del Castillo y José J. Mira



COMPENDIO DEL CAPÍTULO

El éxito de un programa de intervención psicosocial está íntimamente ligado a su diseño. Por ello, una adecuada estrategia de diseño y planificación será la responsable en gran medida del éxito o fracaso del programa. En los siguientes apartados repasaremos las principales fases que componen el diseño de un programa de intervención que resumimos en:

1. El diseño de un programa de intervención
 2. Fases en el diseño de un programa de intervención
 3. Conclusiones
-

1. EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

En el capítulo anterior Amalio Blanco y Sergi Valera nos han ofrecido una amplia reflexión en torno a la naturaleza de la intervención psicosocial (véase epígrafe «Aplicar e intervenir») y nos han propuesto varias definiciones (véase Cuadro 1.15). Añadamos una más: Szapocznik y Pequegnat (1995) definen la intervención psicosocial como un conjunto de actividades por parte de un *interventor* encaminadas a producir cambios en la conducta de individuos o grupos *diana* (nuevos conocimientos, incremento o aprendizaje de determinadas habilidades, cambio de actitudes y de valores, etc.), o en algunas características de su entorno. Como iremos viendo a lo largo de los capítulos siguientes, el *interventor* puede ser una persona, pero en la mayoría de los casos suele ser un equipo multidisciplinario. Intervenimos porque nos preocupa un problema y deseamos resolverlo. Para ello debemos formularnos las siguientes preguntas: ¿cuál es el problema?, ¿qué queremos hacer?, ¿cuáles son nuestros objetivos?, ¿cómo lo vamos a hacer?, ¿con qué medios contamos y cuál será su coste?, ¿qué consecuencias tendría no actuar y qué ventajas supondría nuestra actuación?

Habitualmente, el problema a resolver es una incertidumbre, una necesidad a reducir, una conducta inapropiada que se busca eliminar o modificar, o una apropiada que se desea implantar o incrementar, un conflicto a resolver, o un peligro a evitar en un contexto o escenario determinado. Responder a esas preguntas es el objetivo del diseño de un programa de intervención. Cada uno de los próximos capítulos puede ser un excelente ejemplo: intervenimos porque el incumplimiento de las prescripciones terapéuticas por parte de los pacientes crónicos constituye un problema (Capítulo 3), porque es inapropiado mantener relaciones sexuales a edades tempranas (Capítulo 10) y constituye un riesgo añadido hacerlo sin preservativo (Capítulo 4), porque queremos incrementar la donación de sangre entre los universitarios españoles (Capítulo 12), y así sucesivamente. Tomemos otro ejemplo: parece demostrado que ciertos hábitos de alimentación entre los más jóvenes son responsables del incremento en la obesidad infantil. ¿Qué podemos hacer para evitarlo? En este caso, el objetivo de una posible intervención sería propiciar hábitos de ingesta saludables en la infancia, reduciendo el consumo de determinados productos envasados, atractivos para esas edades, pero perjudiciales si su consumo no es muy moderado.

Una vez planteado el objetivo general, hay que traducirlo en términos específicos para desde ellos poder construir un programa de intervención. Un ejemplo nos lo proporciona el Proyecto Equal-Arena, abordado por Manuel Fco. Martínez y Julia Martínez en el Capítulo 17 de este manual. El proyecto Equal ha sido diseñado por la Junta de Andalucía con la finalidad general *de fomentar la participación en igualdad de la población inmigrante en Andalucía*. Para ello establece una serie de objetivos intermedios, tales como crear recursos/herramientas específicos que faciliten la participación en igualdad de la población extranjera, formar en interculturalidad, detectar situaciones de discriminación, y otras medidas. A su vez, la consecución de objetivos se realiza estableciendo una serie de objetivos particulares para cada uno de ellos. Así, para crear recursos/herramientas específicos que faciliten la participación en igualdad de la población extranjera se proponen objetivos tales como crear servicios de recepción para inmigrantes en el nivel municipal, incorporar la mediación intercultural en los servicios municipales de orientación para el empleo, incrementar la sensibilización para la prevención del racismo y la xenofobia en el ámbito laboral, prevenir la explotación sexual de la mujer inmigrante, etc.

Los problemas que el *interventor* o los *interventores* deben afrontar no sólo tienen un ángulo de abordaje *psicosocial*, sino que para resolverlos se pueden adoptar diferentes perspectivas. Sumar conocimientos y experiencias de diferentes disciplinas, perfiles profesionales y especialistas, y saber combinarlos es un ejercicio complejo, pero constituye una garantía de éxito de estos programas de intervención. Si, por ejemplo, en la solución de un problema de salud nos limitamos a una perspectiva restrictiva, centrándonos en la patología (cáncer, artritis, enfermedad coronaria, etc.) y en la naturaleza del tratamiento médico necesario (cirugía, medicación, etc.) sin analizar el contexto en el que se produce o la mejor forma en que podemos transmitir una información al

conjunto de pacientes, podemos desperdiciar una oportunidad y unos recursos preciosos para dar una adecuada respuesta al problema. Si abordamos el problema sólo desde una perspectiva psicosocial, estaremos haciendo también un flaco servicio a la comunidad ya que habrá aspectos que dejaremos inexplicablemente de lado. Por último, si no contamos con los especialistas y perfiles profesionales adecuados, cometeremos errores de omisión o de comisión (por ejemplo, conducir un programa de intervención en la comunidad en la que el diseño de soportes informativos es realizado por personal ajeno al mundo de la comunicación).

En la práctica, no es raro encontrar equipos de trabajo interesados en identificar qué factores están relacionados con la aparición, progreso y/o remisión del SIDA y en cómo responden los pacientes ante un tipo de terapia u otra, su nivel de cumplimiento terapéutico o su control percibido sobre los resultados. En cambio, si el objetivo de otro equipo es la detección precoz del SIDA, la rehabilitación del paciente en situación crónica, el impacto de la misma en su vida diaria, o su prevención (*véanse* capítulos 4 y 10) entonces la naturaleza de sus proyectos y sus hipótesis de partida serán muy diferentes y sus programas de intervención también.

La perspectiva psicológica se refiere, por un lado, a las respuestas de las personas ante su situación de salud o de enfermedad y, por otro, a sus conductas de salud (saludables o insalubres). En el primer caso, los problemas pueden plantearse, por ejemplo, respecto al cumplimiento de las prescripciones terapéuticas, al control percibido sobre los resultados, al impacto que la situación tiene sobre el estado emocional de las personas o sobre su vida social, a la forma de afrontar el problema que supone (si lo supone), a la adaptación a la situación de enfermedad, etc. En el segundo caso, los problemas se plantean fundamentalmente sobre los aspectos psicosociales de las conductas preventivas de enfermedad o de conductas promotoras de salud. Pero además, como ya ha quedado claro en el Capítulo 1, a la hora de hablar de intervención psicosocial nos referimos a la intervención ante problemas cuya naturaleza no será, salvo en casos muy específicos, individual, sino social. La práctica totalidad de los capítulos de este manual son un excelente ejemplo.

Es decir, en el campo de la intervención social, los problemas abordados son multifacéticos y complejos y, sólo en parte, psicológicos. La solución, por ejemplo, de problemas de interacción y comunicación ciudadana en un barrio puede ser arquitectónica, pero también puede ocurrir que esa sea una solución insuficiente si no cambian las actitudes de sus moradores. A veces, esos mismos problemas se inscriben dentro de un marco por completo alejado de las dimensiones físico-arquitectónicas. En el Capítulo 7 tendremos ocasión de ver un claro ejemplo. Allí se propone una intervención que intenta reconstruir el tejido social hecho añicos después de un prolongado conflicto bélico recomponiendo las maltrechas relaciones sociales. Intervenimos para cambiar.

La relación que establecemos con los problemas sociales es necesariamente en modo de acción-reacción: para cambiarlos tenemos que conocerlos, y cambiarlos nos ayuda a conocerlos. Podemos partir del conocimiento para actuar, o partir de la acción para acumular conocimiento sobre ella (teoría de la acción social) o sobre la realidad transformada. Y puede ocurrir, por fin, que el proceso de intervención se convierta realmente en una interacción en el sentido más estricto del término: el equipo de intervención y la realidad social pueden cambiar como resultado de la interacción propiamente dicha, alcanzando tras ella un estado y una relación mutua diferentes a la inicial (Sánchez Vidal, 1991).

Ese es, en parte, el sentido del trabajo de Kurt Lewin, al rechazar la escisión entre ciencia y praxis, urgiendo la integración de ambas en un trabajo continuo en el que los *practicantes* investigarán cuidadosamente los efectos de sus acciones *interventivas* y los teóricos buscarán aplicaciones sociales relevantes para sus formulaciones. Para Lewin la investigación en Psicología social debe partir de una situación social concreta que hay que modificar. Debe inspirarse en las transformaciones y componentes nuevos que aparecen durante y bajo el influjo de la misma investigación y debe prolongarse mientras que sus objetivos no hayan sido plenamente alcanzados. La investigación debe ser una acción social, debe permitir a los investigadores encontrar sobre el terreno, con ocasión de una acción social, condiciones óptimas para descubrir las constantes y las variables en juego en el grupo humano (Lewin, 1948).

Nuestro interés al diseñar una intervención nunca se produce en el vacío, sino que nace cuando identificamos un problema que necesita ser resuelto. Un problema puede ir desde conductas que, por ejemplo, ponen a

las jóvenes del barrio donostiarra de Alza en riesgo de infectarse de SIDA (véase Capítulo 4), hasta problemas de ajuste psicológico y familiar a los que, por ejemplo, se enfrenta una mujer embarazada seropositiva (Szapocznik y Pequegnat, 1995), o a los que se enfrenta una pareja en crisis (véase Capítulo 18). En este manual tendremos ocasión de ver casos específicos como son la intervención con inmigrantes, el apoyo domiciliario o el acogimiento residencial de protección infantil, entre otros. Todos ellos son ejemplos de los distintos ámbitos de intervención psicosocial a los que nos enfrentamos y que podríamos incluir, a título meramente de ejemplo y siendo conscientes del peligro reduccionista que puede entrañar, en una serie de ámbitos susceptibles de admitir varios programas de intervención:

- *Salud física y mental*: la educación para la salud en la comunidad (véase Capítulo 4), la prevención/intervención a través del desarrollo de hábitos de crianza y cuidado, la intervención de crisis con víctimas de catástrofes (véase Capítulo 14), la formación de para-profesionales, voluntarios o mediadores sociales en tareas sanitarias, educativas o sociales (véase Capítulo 10), la planificación, organización y mejora de servicios de salud, los programas de habilidades sociales, etc.
- *Servicios sociales*: la orientación e información, la promoción y cooperación social, la ayuda a domicilio (véase Capítulo 11), la facilitación de la convivencia, la intervención en familias disfuncionales, la infancia (véase Capítulo 6) y los adolescentes de riesgo (véanse capítulos 4 y 10), los problemas de la mujer y de la vejez, la prevención de la marginación y delincuencia juvenil, los programas de habilidades sociales, etc.
- *Justicia*: la ayuda en la rehabilitación de internos carcelarios, la formación y capacitación psicosocial y educativa de internos, las alternativas al internamiento carcelario, los programas de habilidades sociales, la violencia política (véanse capítulos 7 y 9), etc.
- *Trabajo y Organizaciones*: las consecuencias del desempleo, la salud laboral, la prevención del estrés laboral, la promoción de la calidad de vida laboral, la inserción social y profesional de desempleados de larga duración, la promoción de la satisfacción laboral, la reinserción social, la prevención de disfunciones en la empresa (alcoholismo, absentismo, siniestralidad...), el bienestar humano en la empresa, la prevención de los efectos negativos de la jubilación, los programas de habilidades sociales, etc.
- *Educativo*: escuelas de padres, prevención de las drogodependencias (véase Capítulo 13), promoción de conductas saludables, prevención de la violencia, complementación educativa o extracurricular a estudiantes social o culturalmente deprimidos o en desventaja, programas de habilidades sociales, etc.
- *Socio-ambiental*: la animación socio-cultural, las actividades y talleres dirigidos a la comunidad o grupos específicos (véase ejemplos en los capítulos 4, 9, 10 y 14), las actividades recreativas desde centros cívicos con finalidad comunitaria, la dinamización deportiva ligada a la prevención de grupos de riesgo (véase Capítulo 5), etc.
- *Cultural, tiempo libre, deporte*: el diseño de entornos físicos con un impacto comunitario específico, la participación comunitaria en planes de intervención urbana, la personalización de espacios interiores y abiertos.

Como se puede apreciar, y tal y como se anunciaba en el Capítulo 1 (véase epígrafe 1.5., «Aplicar e intervenir»), los casos en los que se pueden aplicar los programas de intervención social son casi innumerables y, en este punto, debemos ser conscientes de lo mucho que la Psicología en general, y la Psicología social en particular, pueden aportar al tratamiento de las *enfermedades de la sociedad*, es decir, a la prevención, mejora y

resolución de *problemas sociales*; pero también de sus limitaciones. Como es de sobra conocido, algunos tipos de acontecimientos sociales son definidos como un *problema social* y se espera que la Psicología social sea capaz de mejorar la situación. La suposición parece ser la de que si la Psicología Social funciona, entonces será capaz de resolver todos los problemas sociales. Sin embargo, tal y como se ha tratado detalladamente en el primer capítulo de este libro, la realidad está muy alejada de la simpleza de esta suposición.

Desgraciadamente, los problemas sociales rara vez se definen sobre la base de criterios estrictamente científicos. Más bien se definen y se seleccionan en términos de juicios de valor, políticos e ideológicos. Por ejemplo, en el ámbito de la salud, eso significa no sólo que los pacientes discutan frecuentemente que ellos estén o no enfermos, sino también que la enfermedad, sea la que fuere, no es sólo una cuestión biológica y psicosocial, sino que siempre tiene ingredientes políticos (véase capítulos 7, 9 y 14), económicos (véase Capítulo 6), o culturales (véase a este respecto el epígrafe «La diversidad humana» en el Capítulo 8). Y eso no quiere decir que la Psicología social no pueda resolver problemas importantes, sino que hay que ser conscientes de los límites dentro de los que se mueve y del tipo de contribución que realmente puede hacer. Y al mismo tiempo deberíamos aceptar que la Psicología Social Aplicada es, más que una *disciplina ideológica*, una *ingeniería social* que puede servir a intereses ideológicos muy diversos.

A pesar de que podemos reconocer la necesidad de una ingeniería psicosocial para contribuir a resolver los problemas que aquejan a un grupo en un momento histórico-social determinado, nuestro pasado y presente están repletos de ejemplos en los que las mejores intenciones y la inversión de recursos entroncan con una inadecuada planificación de la intervención y tienen como resultado el fracaso, el desencanto y la desesperanza de una sociedad. Así pues, parece absolutamente necesario contar con una adecuada y rigurosa *hoja de ruta* que nos permita obtener los beneficios que la Psicología social puede aportar a la mejora de la calidad de vida y el bienestar. En los siguientes apartados vamos a describir las fases que se deben tener en cuenta para que la calidad de vida y el bienestar puedan ser una realidad.

2. FASES EN EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Ahora que ya hemos resaltado la importancia de la intervención psicosocial y la necesidad de la planificación de la misma, vamos a abordar las fases más importantes del diseño de una intervención. En Cuadro 2.1 quedan recogidos los que entendemos como pasos necesarios, cuando no imprescindibles, para llevarlo a cabo de manera exitosa.

En este punto no podemos perder de vista que hay ciertos pasos a seguir que todo proyecto debe considerar para asegurar que se desarrollen e implementen estrategias de intervención eficaces que conduzcan a mejoras reales. Además, otra cuestión importante se refiere a la continuidad del proceso de planificación. Aunque existe cierto orden en cuanto a los pasos iniciales para encarar un proyecto, éstos son evolutivos por naturaleza, y a lo largo de su desarrollo entrarán en juego diferentes aspectos de cada fase y se implementarán distintas estrategias de intervención y evaluación. Cabe destacar, por último, que alguna de las fases será tratada en mayor profundidad en otros capítulos de este manual, por lo que en este momento las trataremos más sucintamente.

2.1. Identificación del problema o necesidad

El primer paso en el diseño de un programa de intervención dirigido a resolver un problema que se ha detectado es la identificación y definición del mismo, así como de la población en la que se produce, que desde este momento denominaremos población *diana* del programa. La intervención puede plantearse como consecuencia

CUADRO 2.1. FASES DEL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

1. Identificación de los problemas o necesidades.
2. Evaluación del problema o necesidad.
3. Determinación del programa de intervención.
4. Selección de participantes en el programa.
5. Cómo se hará la intervención.
6. Procesamiento de la información.
7. Evaluación.
8. Seguimiento.
9. Preparación del informe.

de un deseo de resolver un problema actual o de prevenir problemas futuros. Si el problema no se define correctamente, apenas tendremos oportunidades de diseñar una buena intervención.

Para diseñar la intervención es esencial establecer un enunciado descriptivo del problema en términos que nos permitan comprender y compartir con el resto del equipo de intervención su problema y sus manifestaciones. El enunciado del problema está muy ligado a su fundamentación teórica porque la manera en que es conceptualizado está íntimamente relacionada con la teoría mediante la cual es visto, y es bueno considerar varias aproximaciones antes de tomar cualquier decisión. Por ejemplo, podemos decidir que la naturaleza del problema de un adolescente que consume una gran cantidad de cigarrillos está en sus actitudes (una teoría cognitiva interpersonal) o, alternativamente, que el problema puede basarse en las normas sociales por las que ese grupo de adolescentes se rige (una teoría contextual). De manera semejante, para entender el problema referido a las adolescentes que no han usado un método anticonceptivo para evitar un embarazo no deseado, podemos plantear que está primordialmente relacionado con sus propias creencias acerca de las causas del embarazo o, alternativamente, podemos relacionarlo con circunstancias contextuales que impiden que las jóvenes pongan en práctica sus conocimientos sobre anticoncepción. Algunas de estas consideraciones las encontramos en los capítulos 4 y 10. Por ello, con independencia de la estrategia elegida en la intervención, el primer paso consiste en identificar y definir el problema sobre la base de unos criterios que deben ser claros y específicos.

Para trabajar sobre el problema o necesidad que precisa análisis e intervención, tenemos que definirlo en términos de conductas problema, establecer indicadores para evaluarlo y analizar la pertinencia de esos indicadores. Es decir, debemos establecer si están justificados en términos sociales, si responden al problema o necesidad intervenida, si permiten determinar las consecuencias de poner o no en marcha el programa, si permiten determinar razones que aconsejen interrumpir el programa, si permiten evaluar y decidir si modificar, parar o continuar, y si se corresponden con las metas a corto, medio y largo plazo establecidas. Véase a este respecto el Cuadro 2.2.

Cuando podamos responder afirmativamente a estas preguntas, estaremos en disposición de decir que hemos identificado adecuadamente los indicadores relacionados con el problema sobre el que vamos a trabajar.

Una vez claramente identificado el problema y adecuadamente definido, deberemos traducir esa definición de forma *operativa*. Definir operativamente el problema es concretarlo de manera que sea manejable, es decir, que se puedan establecer y cuantificar cada uno de sus elementos. En otras palabras, definir operativamente el problema es describirlo en términos de las variables relevantes que lo componen, que nos permitan su medida, manejo y/o su tratamiento.

CUADRO 2.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA O NECESIDAD Y SELECCIÓN DE INDICADORES

- Definición de conductas problema
 - ¿cuál es su fundamentación teórica?
- Selección de indicadores y pertinencia de los mismos
 - ¿responden al problema o necesidad intervenida?
 - ¿permiten determinar las consecuencias de la puesta en marcha del programa?
 - ¿permiten determinar cuándo se debe interrumpir el programa?
 - ¿permiten determinar cuándo modificar el programa?
 - ¿orientan sobre cómo modificar el programa?
 - ¿con qué tipo de objetivos o metas se corresponden? (corto, medio, largo plazo)

Por ejemplo, en la introducción del capítulo nos planteábamos cómo promocionar conductas alimenticias saludables entre los más jóvenes. En esta pregunta que nos hacemos se incluyen dos variables: *reducción del consumo de productos envasados con alto contenido de grasas saturadas* (frecuencia de consumo a diario y en fines de semana) y *conducta de ingesta saludables* (por ejemplo verduras o frutas una vez al día). Otro ejemplo posible, relacionado también con la adolescencia, es el de la prevalencia de conductas sexuales de alto riesgo que algunos jóvenes llevan a cabo, olvidando utilizar preservativos o consumir drogas en la creencia de que potencia el placer sexual, donde la única variable mencionada es la prevalencia de conductas sexuales de alto riesgo.

Por lo tanto, la sucesión que debemos hacer en la identificación del problema o necesidad es la siguiente:



En definitiva, definir operativamente las variables significa concretarlas y especificarlas lo más posible y establecer cómo pueden ser medidas. En este estadio, el interventor debería considerar una amplia variedad de métodos de los que hablaremos en el apartado siguiente.

2.2. Evaluación del problema o necesidad sobre la que intervenir

En este segundo paso es necesario que analicemos el problema o necesidad sobre el que pretendemos intervenir. Necesitamos saber en qué consiste y debemos explorar, analizar y medir el acontecimiento problemático, o en qué se traduce la necesidad, y el contexto o contextos en los que se producen los problemas o emergen las necesidades de la población afectada (Chacón, Barrón y Lozano, 1988). La evaluación de necesidades implica dos pasos diferenciados:

1. La aplicación de un instrumento o conjunto de instrumentos de medida a un área social definida.
2. La aplicación de un juicio para valorar la relevancia de la información recogida, con el fin de determinar las prioridades para la planificación de programas y el desarrollo de servicios.

La evaluación del problema o necesidades es parte del proceso de diseño de un programa. Proporciona un importante input informativo que será la base para el proceso de planificación de la intervención. También lo es, y los capítulos 12 y 14 nos ofrecen un adecuado ejemplo, la evaluación de los recursos disponibles en una comunidad y que pueden ser de utilidad a la hora de implementar una intervención.

En esta fase las preguntas más pertinentes que nos debemos hacer pueden ser del siguiente tenor: ¿a qué nivel debe evaluarse el problema?, ¿quién se opone a las conductas problema?, ¿quién apoya o es tolerante con las conductas problema?, ¿bajo qué condiciones ocurren las conductas problema?, ¿qué incentivos tienen las conductas problema?, ¿qué consecuencias negativas tienen?, ¿cuáles son los incentivos actuales para el cambio?, ¿cuáles son las personas más influyentes con referencia al problema?, ¿cómo ejercen la influencia? y ¿cuáles son las posibles fuentes de resistencia para el cambio? Estas y otras preguntas se pueden reflejar en el esquema que presentamos en el siguiente cuadro:

CUADRO 2.3. LISTA DE COMPROBACIÓN EN LA EVALUACIÓN DEL PROBLEMA O NECESIDAD	
• Nivel de análisis	<ul style="list-style-type: none"> • Individual. • Grupal. • Comunitario.
• Contexto	<ul style="list-style-type: none"> • Físico. • Social.
• Características	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones en las que ocurren. • Incentivos asociados. • Consecuencias negativas.
• Posibles mecanismos de cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivos para el cambio. • Personas, grupos, instituciones facilitadores. • Fuentes de resistencia.

Además, en este paso debemos establecer de dónde (*fuentes*) vamos a obtener la información y cómo (*métodos*) vamos a hacerlo. Con respecto a la primera cuestión, deberemos establecer qué fuentes de información o *unidades de análisis* vamos a utilizar. Una vez definidos los indicadores, nos preguntamos quiénes (individuos, familias, grupos, comunidades, etc.) o qué objetos (documentos, artefactos, situaciones, etc.) contienen esos indicadores. Hablamos, entonces, de las fuentes de información, que pueden ser objetos o sujetos. Un ejemplo: antes de diseñar la intervención que describe en el Capítulo 4, Silvia Ubillos entrevistó a algunos líderes de la comunidad, revisó la documentación sobre el barrio de Alza (San Sebastián) para analizar necesidades, problemas y recursos, y pasó cuestionarios a la población diana.

La elección de las fuentes está condicionada por las unidades de observación (lo que se quiere medir), por la naturaleza del programa, por los objetivos, por los recursos humanos, técnicos y financieros disponibles, por la posibilidad de acceder a las fuentes y por la disponibilidad de tiempo.

En este punto es más que aconsejable analizar qué se ha hecho hasta la fecha en otras comunidades o en otros programas y con qué resultados. Esta precaución, tantas veces olvidada, nos proporciona una visión muy útil, nos ahorra costes y nos permite contrastar nuestras primeras hipótesis con resultados empíricos.

Para terminar con las fuentes, analizaremos si son suficientes, y asignaremos significado a la información o datos recogidos e integrados a partir de ciertos criterios lógicos, teóricos, experienciales o de los valores personales, profesionales, organizacionales o sociales dominantes.

Con respecto a la segunda cuestión, estableceremos qué método o métodos de evaluación o de medida de las conductas problema vamos a utilizar. En este punto es importante señalar la necesidad, en la mayoría de los casos, de integrar las metodologías cuantitativas y cualitativas, algo que abordarán con profusión Jorge López y Bárbara Scandroglio en el Capítulo 20. La utilización conjunta de ambas metodologías potencia la obtención de la información (Cook y Reichardt, 1986).

La intervención social utiliza los instrumentos propios de la investigación social, bien sean de naturaleza cuantitativa, como los cuestionarios, o bien de naturaleza cualitativa, como las entrevistas en profundidad o los grupos focales. La elección de los instrumentos depende de la naturaleza de lo que se quiere evaluar, del tipo de indicadores, de las fuentes de información, de los recursos humanos y económicos disponibles, del tiempo de ejecución de la evaluación, del diseño elegido y de la perspectiva conceptual y metodológica del evaluador o del equipo de evaluación.

Debido a que los métodos *cualitativos* son abiertos, son especialmente valiosos en la fase de evaluación de las pruebas piloto de los procedimientos, actividades y materiales. Ellos permiten al evaluador un alcance ilimitado para probar sentimientos, creencias e impresiones de la gente que participa en la evaluación y hacerlo sin prejuzgar a los participantes con sus propias opiniones.

Los métodos cualitativos también son útiles para probar diseños, procedimientos y materiales cuando en el transcurso de su utilización surge un problema. Usando estos métodos, los evaluadores pueden determinar la causa de cualquier problema y corregirlo antes de que el daño sea mayor.

Por su parte, los métodos *cuantitativos* nos ayudan a recoger información que esté expresada en números. Se utilizan principalmente durante la evaluación del proceso, del impacto y de resultados. A diferencia de los resultados producidos por los métodos cualitativos, los obtenidos por los cuantitativos se pueden utilizar para establecer conclusiones estadísticas sobre la población diana.

Sin profundizar en su descripción, cabe señalar que los métodos cualitativos más utilizados en evaluación son las entrevistas personales, los grupos focales y la observación participante, mientras que entre los diferentes métodos cuantitativos se utilizan normalmente los sistemas de recuento, las encuestas, los cuestionarios y los diseños experimentales y cuasi-experimentales (véase Cuadro 2.4).

CUADRO 2.4: OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

<ul style="list-style-type: none"> • Fuentes o unidades de análisis 	<p><i>Objetos:</i> documentos, artefactos, situaciones...</p> <p><i>Sujetos:</i> individuos, familias, comunidades...</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Métodos 	<p><i>Cualitativos:</i> entrevistas, grupos focales, observación participante...</p> <p><i>Cuantitativos:</i> encuestas, cuestionarios, sistemas de recuento...</p>

En definitiva, cómo evaluar las necesidades o los problemas es un elemento necesario del diseño del programa de intervención. En este punto debemos dejar establecido cómo estudiaremos el alcance del problema en el grupo o comunidad de que se trate y cómo identificaremos los recursos potenciales de los que se dispone para abordar problemas, si es que existen.

Tales parámetros son importantes porque son en buena medida los que definen la pertinencia de una u otra orientación en el diseño del programa de intervención. Respecto a cuáles son los elementos más relevantes en la evaluación de necesidades, Achúcarro y San Juan (1996) proponen los siguientes que, seguramente, pueden ser diferentes en función de la naturaleza del problema sobre el que intervenir:

1. *Documentación sobre las características de la población* sobre la que vamos a intervenir: variables socio-demográficas, datos epidemiológicos, acontecimientos relevantes que nos den una cierta perspectiva histórica de esa comunidad; una revisión, siquiera sucinta, del tratamiento que los medios de comunicación han dado al problema en cuestión y, en fin, toda aquella información que nos ayude a situar dicho problema en un contexto cultural y geográfico dado.
2. *Análisis de la comunidad*: en esta fase entraremos en contacto con los individuos que constituyen esa comunidad. A tal efecto, deberemos incorporar una serie de instrumentos mediante los cuales podemos evaluar aspectos como las actitudes, representaciones sociales, información general disponible por la población sobre el objeto de intervención, así como las expectativas de solución, grado de implicación emocional, etc. Es interesante contar con la opinión de los *expertos* de esa comunidad mediante el empleo de técnicas grupales o de todos aquellos recursos que nos faciliten la *entrada* en el foro comunitario estudiado. Los capítulos 4, 6, 7 y 9 nos ofrecen ejemplos muy pertinentes.
3. *Análisis de los recursos comunitarios*: la intervención psicosocial sobre un determinado problema puede tener diferentes pronósticos dependiendo de los recursos de que disponga la comunidad para abordarlos. Estos recursos pueden constituir las estrategias de enfrentamiento (*coping*) propias de la comunidad: «diferentes servicios sociales, recursos económicos, asociaciones comunitarias, religiosas y todas aquellas que nos hagan pensar en el índice de participación ciudadana, infraestructuras para locales, recursos ambientales, identificación de las *partes interesadas* como posible recurso para formar *agentes de salud*, y para garantizar una cierta estabilidad en la implementación definitiva del programa, etc.» (Achúcarro y San Juan, 1996, p. 75).

En todo el proceso de evaluación no podemos dejar de lado el *contexto* bajo el cual se realiza. En efecto, además de identificar y evaluar la necesidad o el problema, tenemos que valorar también la situación en la que se produce. Como señala Gerardo Marín (Marín, 1996), es esencial diseñar intervenciones que sean sensibles a las características culturales de los miembros de una comunidad cultural. Es decir, lo que este autor subraya es la importancia de la *situación social*, cuya expresión máxima es la cultura. Desafortunadamente, nos señala, la mayoría de los trabajos en prevención primaria, secundaria o terciaria (por ejemplo) se han realizado sin conceder mucha importancia al papel de la cultura en el comportamiento de las personas. La necesidad de diseñar intervenciones adaptadas al contexto cultural de la población a la que van dirigidas está respaldada por innumerables investigaciones básicas en Psicología y en otras Ciencias del Comportamiento que demuestran que la conducta humana está influenciada por los valores compartidos por el grupo cultural en el que se ha desarrollado el individuo.

El mismo Gerardo Marín (Marín, 1993) ha presentado el esbozo de los requisitos mínimos que una intervención debe cumplir para considerarse como culturalmente apropiada. Una intervención culturalmente apropiada es el conjunto de estrategias para cambiar el comportamiento que debería cumplir con los siguientes requisitos: *a*) la intervención está basada en los valores culturales del grupo; *b*) las estrategias que forman parte de la intervención reflejan las características de la cultura subjetiva de los miembros del grupo —por ejemplo, actitudes, expectativas, normas de conducta específicas—, y *c*) los componentes que conforman la estrategia reflejan las preferencias comportamentales y expectativas de los miembros del grupo (*véase* también el Cuadro 8.4).

Al final de esta fase sería deseable comunicar los resultados obtenidos a los agentes implicados en la intervención con el fin de planificar la misma de una manera consensuada, realista y viable.

2.3. Determinación del programa de intervención

Antes de proceder a la elaboración del programa de intervención cuya ejecución presumiblemente va a resolver el problema o reducir la necesidad planteada, deberemos reflexionar sobre los elementos

conceptuales que permitirán fundamentar nuestra intervención, es decir, deberemos considerar sobre qué fundamentos teóricos construiremos nuestro diseño de intervención (Páez, 1996; Marín y Marín, 1990; Marín, 1996).

La modalidad de intervención que elijamos se refiere a la selección de unos métodos particulares apropiados para la solución del problema y para la población afectada en su contexto particular. En cada situación, el equipo interventor toma decisiones sobre las formas en las que debe ayudar a las personas a las que se dirige la intervención. Estas decisiones implican elecciones sobre orientaciones, modalidades, estrategias y técnicas. Así, designar una familia como *cliente* determina que nuestro trabajo tendrá que utilizar unas estrategias y técnicas específicas, que se ajustan a ello.

Por ejemplo, en su trabajo sobre intervención familiar con un enfermo mental, Buelga y Musitu (1993) basan su programa en los principios y técnicas terapéuticas de la escuela estructural, de los que incluyen fundamentalmente los siguientes elementos: menor implicación emocional del terapeuta con la familia, frecuencia de sesiones más breve al comienzo de la terapia y más intensas en etapas posteriores, la tesis de que el cambio pueda producirse en el sistema modificando cualquiera de sus elementos aisladamente, y el postulado que asume la responsabilidad de planificar una estrategia a fin de resolver la sintomatología del paciente. Por su parte, Enrique Gracia fundamenta el programa de prevención del riesgo social que nos ofrece en el Capítulo 11 en visitas de profesionales al hogar como vehículo de apoyo social en sus diversas modalidades de apoyo educativo, apoyo práctico y apoyo emocional. Dichas visitas obedecen a un calendario previamente establecido y a unos objetivos meticulosamente definidos.

Sobre la base teórica que hayamos establecido, definiremos *qué* queremos hacer y *cómo* hacerlo. Para ello, puede servirnos de guía el siguiente esquema:

1. Estableceremos y determinaremos objetivos y los analizaremos críticamente y con realismo.
2. Fijaremos los contenidos del programa de intervención (tratamiento): qué se hace, a quién, con quién, con qué se hace, para qué se hace.
3. Planificaremos nuestras actuaciones, procedimiento, pasos, calendario, estrategias para *llegar* a la población diana, coste, etc.
4. Estableceremos las estrategias de ejecución del programa.
5. Asignaremos responsabilidades: quién hace qué y por qué.
6. Definiremos criterios e indicadores de resultado.
7. Analizaremos costos (costos económicos y posibles consecuencias adversas, relación costos y beneficios), si es posible alcanzar los mismos objetivos por métodos más económicos y si hay alternativas más *rentables*.
8. Estableceremos los elementos y medios de mantenimiento del programa, es decir, las fuentes de financiación e identificaremos las fuentes para la obtención de recursos.
9. Finalmente, programaremos, si procede, la formación de personal local, el desarrollo de liderazgo local, la promoción de la participación y la facilitación del acceso del equipo interventor.

En el Cuadro 2.5 podemos ver aquellos puntos del esquema anterior que tratan de responder al *qué*, y aquellos que se refieren al *cómo* en la planificación de la intervención. De estas cuestiones nos ocuparemos a continuación.

CUADRO 2.5. PUNTOS PRINCIPALES DE LA PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Qué	Cómo
<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos • Contenidos (tratamiento) • Ejecución • Tareas y responsabilidades • Criterios e indicadores de resultados • Costos • Recursos humanos y materiales 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento • Fases • Calendario • Formación • Acceso a la población • Mantenimiento • Fuentes de financiación y de recursos

Desde las primera páginas del capítulo anterior se ha defendido que a la hora de establecer los objetivos derivados de nuestra evaluación del problema y sus dimensiones, debemos tener en cuenta que la principal función de la intervención psicosocial es proporcionar una buena calidad de vida y bienestar social a los individuos, grupos o comunidades que constituyen el tejido social. Para conseguirlo cabe utilizar diversos *métodos*, que podemos resumir en tres (Barriga, 1987).

1. Acciones preventivas, que tratan de impedir el surgimiento de problemas y conflictos sociales. En los capítulos 4, 6, 10 y 13 encontrará el lector buenos ejemplos.
2. Acciones impulsoras o dinamizadoras que facilitan la realización del cambio social, implican la elaboración de constructos teóricos para explicar situaciones, produciendo un diagnóstico social, y permiten el diseño de instrumentos de cambio. Formulados en estos términos, el lector podrá encontrar ejemplos adecuados en los capítulos 6, 7, 11 y 17.
3. Acciones terapéuticas o integradoras que implican estrategias *curativas*, rehabilitadoras o compensatorias. En alguna medida, los capítulos 7, 9, 14 y 18 contienen ingredientes de este tenor.

Es en esta etapa cuando debemos establecer las *estrategias de ejecución* del programa, distinguiendo entre ellas, primero por niveles: centradas en la persona, en el grupo-pequeño, en la comunidad, en la organización, o en las instituciones. Por ejemplo, en un centro de asesoramiento se puede ofrecer asesoramiento y apoyo a jóvenes pertenecientes a grupos en riesgo de adicción a sustancias de forma personal y confidencial, o suministrar información sobre aspectos y problemas relacionados con su grupo de edad; se pueden establecer servicios de urgencia de fácil acceso en escuelas, clínicas, parroquias, que funcionen permanentemente y estén asignados a instituciones u organizaciones de la comunidad. En segundo lugar, podemos distinguir estrategias por funciones u objetivos: presentación de servicios, desarrollo de recursos humanos, prevención, reconstrucción social y comunitaria, cambio social y comunitario.

En esta etapa también deberemos asignar *responsabilidades* respecto de las *actividades a realizar* para conseguir los objetivos establecidos. Es decir, debemos establecer quién hace qué y para qué. Esta asignación de responsabilidades está íntimamente relacionada con la formación de equipos a la que aludiremos en el párrafo siguiente. Un ejemplo pertinente nos lo ofrece la formación de distintos Comités con tareas específicas tras una catástrofe natural (véase Capítulo 14, Cuadro 14.5). Éste es también el momento apropiado para diseñar el conjunto de acciones a realizar que constituyen los contenidos del programa de actuación, y definir los materiales que vamos a necesitar para realizarlas. Igualmente definiremos criterios e indicadores de resultado, analizaremos los costos (costos económicos y posibles consecuencias adversas, relación costos y beneficios), y procuraremos determinar si es posible alcanzar los mismos objetivos por métodos más económicos.

A la vista del análisis anterior, tendremos que establecer los elementos y medios de *mantenimiento del programa*, nuestras *fuentes de financiación* e identificar las fuentes para *obtención de recursos*. Por ejemplo, en un programa de acción comunitaria para drogodependientes en un barrio periférico de la ciudad de Valencia (barrio de la Malvarrosa), los recursos humanos utilizados por Gotzens (1993) fueron técnicos de la Sección de Estudios y Programas, de la Sección de Acción Comunitaria, de la Unidad Técnica de Toxicomanías y de los Servicios Sociales del Ayuntamiento, e incluso personal ajeno al municipio, como conferenciantes, formadores, monitores de taller, etc. Los recursos materiales utilizados fueron el Centro Municipal de Servicios Sociales de la zona, locales públicos de la zona como colegios, Centro de recursos, Centro de salud, etc. y otros locales propios de distintas entidades y colectivos de la zona. Los recursos económicos procedían de la asignación anual para los programas municipales de drogodependencias a la unidad técnica correspondiente, de la asignación anual para los Centros Municipales de Servicios Sociales, y los que aportaron las distintas entidades y colectivos de la zona. En el Capítulo 13, por ejemplo, hacen acto de presencia los profesores y los servicios sociales del Ayuntamiento de Ibi en un programa de intervención para la prevención de la adicciones.

Un elemento importante de esta etapa del diseño es la *formación*, que incluye la formación de equipos de trabajo, de equipos de apoyo y base social, y formación de personal local. La necesidad de formar un equipo de trabajo viene dada por la exigencia de organizar la dirección del programa de intervención, de esbozar sus objetivos y sus líneas de acción, de diseñar las estrategias de contacto con la comunidad, con la organización o con las instituciones de que se trate, y de organizar las etapas de sensibilización, organización comunal y capacitación de zona local para formar equipos de apoyo y base social (Lara Ponce, 2001). El equipo de trabajo debe incorporar, al menos, además de su director, un *productor* (que acopia recursos y los gestiona), un metodólogo para el proceso de los datos, un equipo de formadores, un equipo de apoyo, uno o varios *comunicadores* que promuevan y faciliten la ejecución del programa en la zona objetivo y un conjunto de promotores (o captadores) que permitan el desarrollo del programa en la *zona objetivo*.

Por su parte, el equipo de apoyo incorporará promotores locales a los que hay que formar. Las tareas a llevar a cabo por el grupo de apoyo pueden ser: apoyo en la localización y selección bibliográfica, en el establecimiento de contactos con los centros sociales, asociaciones civiles, etc., y apoyo en la aplicación, control, codificación y análisis del pilotaje de los instrumentos. En países con un bajo nivel de desarrollo, Lara Ponce (2001) recomienda captar y capacitar promotores jóvenes, dado que en esos países cada vez es más difícil la captación de promotores de salud adultos que desarrollen un conjunto de actividades de promoción y cumplan un rol de agentes multiplicadores, debido a lo recargado de las obligaciones que tienen con su familia y comunidad. La capacitación de los promotores debe ser progresiva, variada y directa. Además, debe estimular el esfuerzo y la solidaridad; fomentar la observación propia y de los otros; ayudar al autocontrol; proporcionar la oportunidad de descubrir formas de actuar en la propia comunidad y en el individuo mismo; ayudar a una mayor integración humana y permitir interactuar para una mejor observación personal (Lara Ponce, 2001).

Por último, además de contar con el equipo de trabajo y la participación de personal de apoyo que permita poner en marcha la ejecución del plan de intervención, la mayoría de las veces resulta imprescindible preparar y contar con la participación de personas vinculadas al contexto donde se va a realizar la intervención (un excelente ejemplo se nos ofrece en los capítulos 4 y 12). De este modo, en la mayoría de los casos tendremos que formar y/o conseguir fomentar la aparición de líderes locales que colaboren en promover la participación y que facilitan el acceso del equipo interventor. Por ejemplo, en una intervención en un barrio marginal para prevenir el contagio del SIDA (véase Capítulo 4) se contó con los responsables del plan de prevención del SIDA, con los responsables de distintas asociaciones de tiempo libre, de los talleres ocupacionales del barrio, de la Casa de la Juventud, con adolescentes previamente formados como «agentes de salud», con educadoras de calle, con los médicos del Centro de Salud, etc., a fin de fomentar en

todos ellos una actitud positiva que permitiera su actuación como facilitadores en la implementación del programa.

2.4. Selección de participantes en el programa

Un problema se relaciona usualmente con una población. De hecho, la intervención siempre comienza con una población en la que descubrimos problemas específicos. Después, trataremos de resolver los problemas; eso lo haremos ayudándonos de una intervención que creemos eficaz para su solución. Finalmente contrastaremos su eficacia (investigación-intervención).

La determinación de los afectados por el problema puede hacerse atendiendo a diferentes criterios. Unas veces se realiza en función de una determinada zona geográfica; otras, dependiendo de la naturaleza del programa a intervenir o de la población diana para la que ha sido diseñado. También puede estar ligada estrechamente a características culturales, sociales o de género como, por ejemplo, la intervención que se describe en el Capítulo 4.

Tomemos como muestra un estudio que veremos en este manual (véase el Capítulo 11), donde precisamente la población diana responde a la estrategia de intervención. Como tendremos ocasión de ver, se presenta un programa para reducir el riesgo social en familias mediante apoyo social, y para ello se selecciona a madres jóvenes con escasos recursos económicos en su primer embarazo. Aunque hay otros tipos de familias con alto riesgo social (madres de más de 30 años con más de un hijo y bajos recursos económicos), éstas no son elegidas, ya que se ha comprobado que este tipo de intervención no es tan beneficiosa como en el grupo seleccionado.

En otras ocasiones la población diana se puede construir sobre objetivos, como por ejemplo, la reeducación de los maltratadores impuesta por sentencia judicial, la integración de inmigrantes ilegales o la modificación de determinados comportamientos de internos de un centro penitenciario (Maydeu y Román, 1993; Szapocznik y Pequegnat, 1995).

Así como en los casos anteriores existen criterios claros para la identificación de la población diana, en otras situaciones la selección de los destinatarios sobre los que vamos a intervenir es más difusa, dependiendo, por ejemplo, de las áreas de intervención dentro de un campo de los ya mencionados. En el caso de los servicios sociales podemos distinguir el área de reinserción y protección social, el área de rehabilitación para discapacitados físicos y psíquicos, el área de la mujer, el área de la tercera edad, el área de la salud y el área de drogodependencias. En cada caso la población sobre la que vamos a intervenir puede ser directamente la afectada, pero también puede ser toda la población relacionada con el problema (López, García y Rodríguez-Marín, 1993).

Llegados a este punto, probablemente nos preguntemos cuál ha de ser el *método de selección* de los sujetos que componen la población diana más adecuado a nuestros propósitos. La respuesta no es sencilla, dado que existen multitud de técnicas bien conocidas sobre muestreo, tanto aleatorio como no aleatorio (y cuya descripción excede de los propósitos de este capítulo), que atienden a diferentes aspectos de la población: propiedades de la distribución de la variable medida, características de las unidades que la componen, homogeneidad de los grupos, tamaños de los estratos si los hay, etc. Cabe decir que un método muy utilizado para seleccionar una muestra representativa de la población diana es el *examen de la red o pirámide*. También denominado *muestreo bola de nieve*, se trata de un procedimiento de muestreo no aleatorio consistente en seleccionar individuos clave con características representativas del grupo diana a través del contacto con la comunidad, de modo que un programa puede comenzar con un grupo de usuarios de 5 a 15 personas. Cada miembro de este grupo será el que nos ponga en contacto con otras dos personas de la población diana practicando sucesivamente esta operación hasta completar la muestra que nuestro programa pretende abordar (Achúcarro y San Juan, 1996). Una versión de esta estrategia es la que utiliza Silvia Ubillos en el programa «Por Pares» en el barrio de Alza para captar participantes tal y como podemos ver en el epígrafe 4.2.2 del Capítulo 4.

En cualquier caso, debemos tener en cuenta que en una gran mayoría de los programas de intervención los resultados afectan a *toda* la población, incluso cuando la intervención se lleve a cabo sólo sobre unos cuantos elementos de ella. En ese caso, tales elementos deberán ser adecuadamente seleccionados para que el cambio de toda la población diana sea un éxito.

2.5. Ejecución

Durante la ejecución del programa, los sujetos reciben el *tratamiento* correspondiente. Aunque no corresponde a este capítulo la descripción detallada de lo que es una intervención en sí misma (véase el Capítulo 8), sí parece oportuno señalar algunas cuestiones.

Aunque pueda resultar obvio, una parte importante del éxito en la ejecución del programa va a depender de cómo se haya realizado el diseño. En este apartado queremos resaltar un aspecto que nos parece fundamental: el adecuado compromiso entre la especificidad y la flexibilidad en la implementación del programa. Un programa correctamente diseñado debe permitir a todos los agentes implicados en su desarrollo conocer con claridad cuáles son los objetivos, qué tareas deben realizar, cómo y en qué plazos deben llevarlas a cabo y con qué recursos cuentan para ello.

Por otra parte, a nadie se le escapa que a la hora de llevar las ideas a la práctica siempre surgen situaciones imprevistas que requieren una respuesta adecuada o eficaz para no poner en peligro el desarrollo de la intervención. En este sentido, el diseño y la preparación de los agentes implicados en su ejecución se debe realizar con un margen de flexibilidad suficiente como para poder afrontar con éxito ese tipo de situaciones.

Un planteamiento en la línea de esta idea es el de Achúcarro y San Juan (1996), para quienes resulta clave que antes de iniciar el programa se prepare a entrevistadores y animadores o ejecutores teniendo en cuenta: *a*) la demanda; *b*) recursos comunitarios; *c*) el caso objeto de intervención; *d*) la evaluación inicial; *e*) los profesionales-mediadores, y *f*) los ajustes en el programa.

Si no somos cuidadosos en el diseño de la intervención podemos encontrarnos con casos como el que se verá en el Capítulo 19, donde la autora nos muestra las consecuencias de un programa inadecuadamente planificado, el Programa *La Casa*. Una de sus finalidades consistía en la asistencia terapéutica y en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en un contexto comunitario. Al examinar las acciones propuestas para alcanzar los objetivos del programa, se encontró que éstas estaban poco especificadas, que no habían sido descritas pormenorizadamente y que no se habían organizado de una manera articulada. Como consecuencia, una parte importante de las actividades programadas no alcanzaron los resultados esperados, fueron modificándose sobre la marcha e, incluso, desaparecieron.

2.6. Obtención de datos, medida, procesamiento de la información y establecimiento de los resultados

En esta fase deberemos prever cómo registrar y editar los datos, cómo los codificaremos, cómo los tabularemos y cómo los analizaremos. Deberemos tener en cuenta que los datos habrán de ser transcritos a resultados y los resultados habrán de ser relatados a fin de dejarlos establecidos para recogerlos en el informe final. En las siguientes páginas hablaremos de éstas y otras cuestiones, que podemos resumir en el siguiente cuadro, no sin antes recordar que en el Capítulo 15 hay un amplio epígrafe expresamente dedicado a este tema (véase 3.2.2).

Cada constructo que aparezca en nuestro diseño ha de ser medido. Si vamos a comparar personas sanas con enfermas, ¿cómo definimos sano?; ¿cómo recogeremos esa información? Si deseamos saber la fuerza de atracción de un programa de educación para la salud y creemos que atraerá más a personas con un nivel educativo más alto, ¿cómo mediremos el nivel educativo?

CUADRO 2.6. DISEÑO DE LA RECOGIDA DE DATOS

• Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de datos. • Codificación de datos. • Análisis de datos.
• Qué registramos	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes en el programa. • El entorno.
• Tipo de registros	<ul style="list-style-type: none"> • Fuentes. • Nuevos.
• Métodos de recogida	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos existentes. • Métodos nuevos.
• Posibles problemas	<ul style="list-style-type: none"> •Cuál es el resultado. • Accesibilidad a los datos. • Métodos de registro.

Algunas veces ocurre que las variables parecen sencillas de medir y, sin embargo, plantean problemas inesperados. En un estudio sobre auto-examen de mama en el que interesaba saber si las mujeres que asistían al programa habían tenido instrucción previa, se les preguntaba: «¿Les ha enseñado alguien la técnica del auto-examen de mama, alguna vez antes?» Si la respuesta es SÍ, «¿quién?». Muchas mujeres contestaban «SÍ», pero luego resultaba que sólo habían leído un folleto acerca del tema o se lo había comentado una amiga. Obviamente, estábamos entendiendo cosas diferentes por *enseñar*. En la búsqueda de las medidas de nuestros constructos o variables, deberemos emparejar las medidas con los objetivos y las cuestiones de la intervención.

Un problema común es decidir cuál es el resultado. El programa puede estar diseñado para cambiar una conducta, pero el resultado de interés puede ser un cambio en el estatus de salud. El ejemplo más simple lo tenemos en los programas de pérdida de peso. Tales programas se centran en algún cambio de conducta, tal como usar una tasa lenta de ingesta, o en algún cambio cognitivo. Su objetivo global es la obtención de una reducción del peso. Pero hay otro resultado: implicar al sujeto en la conducta de comer lentamente, o en pensar de otra forma.

Un ejemplo de otro estilo lo puede representar un programa para incluir el auto examen de mama en mujeres pertenecientes a un grupo de riesgo. La razón para recomendar esta práctica es mejorar la detección precoz del cáncer de mama. La detección del cáncer de mama presenta, sin embargo, varios problemas como resultado medible. Un problema importante es que el diagnóstico de cáncer de mama sólo se puede hacer sobre la base de los resultados de la biopsia y nunca sobre la base de la palpación (sea auto-examen o examen clínico). El auto-examen de mama puede encontrar nódulos, espesamientos o cambios en la mama. Por ello el resultado de estatus de salud correcto por el auto-examen es la detección de tales cambios. La detección de cáncer de mama sería una medida inapropiada en este caso.

Deberemos también emparejar las medidas con la población a investigar y preguntarnos si podrán los sujetos proporcionar toda la información que les vamos a pedir y si hay alguna manera de reducir el esfuerzo, trabajo y tiempo que supone contestar cuestionarios demasiado extensos. También hay que emparejar las medidas con el diseño. El diseño nos dirá si las medidas están registrando variables independientes, dependientes o de control. Las preguntas más importantes son: ¿acerca de qué deseamos saber?; ¿deseamos medir el estatus de salud, la conducta, las reacciones psicológicas o cognitivas, o el entorno? Las respuestas sólo las puede dar el equipo de trabajo. El debate que precede a la respuesta es muy importante y nuestro diseño debe realizarse con una idea clara de cuál es la medida dependiente. Dibujar un modelo del diseño con una indicación de lo que

deseamos saber es un ejercicio útil para obligarnos a pensar en términos concretos, que son los que se verterán en la implementación del programa.

Por otro lado, a la hora de diseñar nuestra intervención debemos tener en cuenta la existencia de muchos tipos de datos que ya están recogidos y almacenados en diferentes registros. Es importante descubrir qué tipos de registros existen, ya que ello podría sernos útil para la intervención. Tales registros nos permitirán entender mejor el marco de trabajo en la medida que pueden proporcionar una forma importante de clasificar nuestra población o un resultado adicional. Por ejemplo, en un Centro de Atención Primaria existen registros de los pacientes que están incluidos en un programa de prevención de enfermedades cardiovasculares, o en un programa de prevención de complicaciones producidas por la diabetes. Tales datos han de revisarse cuidadosamente antes de tomar la decisión de usarlos de una manera o de otra. Evaluar la fiabilidad y validez de esos datos existentes depende de la reconstrucción de las condiciones bajo las cuales fueron recogidos: ¿fueron recogidos en las mismas o similares circunstancias? ¿Fueron registrados por la misma persona o por varias que desempeñaban roles semejantes? ¿Son una medida válida de lo que pensamos que miden? La cuestión más importante es ¿por qué fueron recogidos? Si fueron recogidos para un propósito importante y necesario de la organización, entonces es probable que sean fiables.

El uso de los datos de registros existentes se puede encontrar con problemas de acceso. Por ejemplo, los datos de salud pública son públicos y de libre acceso. Sin embargo, los datos de salud privada pertenecen a la institución que los ha recogido, que puede tener muchas razones para no compartirlos con un investigador. Además, el secreto profesional puede impedirnos el acceso a datos en posesión del médico o del hospital. Es necesario, por tanto, prestar la máxima atención al menos a las tres siguientes consideraciones:

1. Ser extremadamente selectivo con los datos que deseamos conocer.
2. Proporcionar el fundamento para cada tipo de información: debemos tener claro por qué necesitamos un tipo de información, y ser capaces de explicarlo con claridad a la persona adecuada.
3. Crear un método de recogida de datos que proteja la confidencialidad del participante del programa.

Además de utilizar datos ya obtenidos y registrados, habitualmente usamos auto-informes y hetero-informes para obtener nuevos datos. Los auto-informes y hetero-informes se refieren a menudo a medidas de *papel y lápiz*, pero también pueden administrarse mediante un formato de entrevista cara a cara o por teléfono. Aunque usualmente se pide a los sujetos que informen sobre ellos mismos, hay veces en que se necesita que otras personas proporcionen informes acerca de la conducta del paciente, su estado de ánimo antes de una intervención quirúrgica o farmacológica, o su estatus de comparación con otros pacientes, etc. Los pacientes hacen comparaciones sociales y ello influye en su comportamiento.

Este tipo de entrevistas puede construirse para cada caso concreto. Podemos desarrollar nuestras escalas, pero hay que tomar muchas precauciones para ello. Aunque muchas personas lo hacen, es inapropiado escribir meramente algunos ítems y asumir que miden el constructo que nos interesa. Para cada instrumento de auto-informe debe documentarse la fiabilidad y la validez. Estos temas se abordarán más detenidamente en el Capítulo 15, pero adelantemos algunos contenidos de especial relevancia en el momento del diseño.

La fiabilidad responde a la cuestión ¿es precisa la medida? Al hablar de precisión podemos referirnos a dos aspectos de la misma. En primer lugar, cabe preguntarse: ¿es internamente consistente? ¿*Van juntos* toda la serie de ítems y miden un constructo único? La consistencia interna se valora habitualmente en términos del alfa de Cronbach, con valores de 0 a 1. En general, .70 es considerado como un mínimo aceptable para una escala. En segundo lugar, es necesario preguntarse: ¿es estable? También es importante que las respuestas a un instrumento sólo cambien por factores aleatorios, y no sistemáticos, a lo largo del tiempo (fiabilidad test-retest).

Por su parte, la validez se refiere a si el instrumento mide lo que se propone medir. ¿Es válido? Si parece serlo cuando lo leemos, tiene validez aparente. Esto no suele ser suficiente. La relación del instrumento con

otras medidas del mismo constructo refleja la validez concurrente. Si es suficientemente diferente de las medidas de otros constructos claramente distintos tiene validez discriminante. Si los resultados que hallamos mediante el instrumento son consistentes con la teoría, decimos que tiene validez predictiva.

Antes de considerar el desarrollo de un instrumento propio debemos averiguar qué escalas y medidas existen en la literatura. Hay revisiones de los instrumentos apropiados para cada caso. También los artículos de revista son una buena fuente. Se pueden hacer búsquedas bibliográficas computerizadas. Pero seamos conscientes y precavidos; el hecho de que otras personas hayan usado una técnica no significa que sea buena. Necesitamos evaluarla. Cuando hemos encontrado un instrumento acerca del cual hay datos publicados que indican que es suficientemente fiable y válido, hay otras cuestiones que debemos considerar antes de seleccionarlo. ¿Es de administración simple? ¿Se ajusta su duración y longitud a nuestros procedimientos? ¿Es claro? ¿Es intrusivo? ¿Qué nivel de lenguaje requiere? Por otro lado, incluso si consideramos que su contenido es apropiado, ¿pensarán los sujetos a los que se les aplica que es apropiado también? Una vez contestadas estas preguntas podemos seleccionar finalmente nuestro o nuestros cuestionarios.

Observar la conducta es difícil y costoso. Por ello a menudo es útil establecer un autoinforme sobre las conductas de los participantes. Hay técnicas para mejorar la validez de tales autoinformes, pero siempre hay que interpretar con mucha precaución los datos procedentes de los autoinformes sobre conductas. Se pueden producir sesgos conscientemente (para dar *buena imagen*) o inconscientemente, por olvido o mala interpretación. La especificidad de la cuestión y las preguntas por el pasado más inmediato pueden ayudar a disminuir la invalidez debida al olvido.

Los auto-registros en forma de diario pueden ser una buena solución, pero sin embargo pueden ser reactivos. Esto es, el acto de registrar una conducta puede alterar su frecuencia. Para mejorar la exactitud del auto-registro debemos tener en cuenta que: *a)* debe ser fácil de realizar; *b)* las conductas diana deben ser tan concretas como sea posible; *c)* los formularios de registro deben ser transportables y de una tamaño pequeño para poder llevarlos en el bolsillo; *d)* los sujetos deben ser cuidadosamente instruidos; *e)* los formularios de registro deben requerir respuestas breves y no excesivamente intrusivas, y *f)* debe establecerse algún sistema de recordatorios para programar fácilmente los registros.

Los intentos de dar una *buena imagen* pueden ser más difíciles de evitar. Puede ayudar proporcionar indicaciones de que cualquier conducta es aceptable. (Redactar un ítem, por ejemplo, diciendo: *Algunas personas, algunas veces, no toman la medicación prescrita cuando se supone que lo hacen, ¿con qué frecuencia ha omitido tomar su medicación para la artritis durante la semana pasada?*)

Finalmente, además de los comportamientos, cogniciones o emociones que nos interesen, también debemos intentar evaluar el entorno, que no sólo incluye el marco físico, sino también el marco social. La evaluación puede hacerse mediante observación, pero es muy costosa o imposible a veces. Por ello, en la mayoría de las ocasiones se hace mediante auto-informe. Las medidas del entorno social pueden ir desde cuestiones simples acerca de la composición de la familia hasta medidas muy elaboradas del apoyo social.

2.7. Evaluación

Aunque la evaluación de los programas de intervención se abordará en otro de los capítulos de este libro, le dedicaremos unas líneas, ya que se trata de una fase que debe ser siempre planificada en el diseño.

De hecho, una parte importante del diseño es contemplar cómo haremos una «pre-evaluación». Tal como señala Fernández-Ballesteros (1996, p. 56), «con base a unas necesidades y una vez establecidos los objetivos y metas a alcanzar el planificador ha de plantearse cuál es la mejor intervención. No cabe duda de que antes de seleccionar una intervención los agentes sociales (públicos o privados), han realizado —explícita o implícitamente— una evaluación previa de las distintas acciones que, una vez implantadas, supuestamente, van a permitir conseguir los objetivos establecidos y atender las necesidades de las que se partió». Esta autora desarrolla

distintas estrategias que sirven para pre-evaluar un programa: el análisis de la literatura interventiva, el análisis del problema y la simulación de cursos de acción alternativos.

Por otro lado, debemos considerar la distinción entre la *evaluación del proceso* y la *evaluación de los resultados*. Si bien la evaluación de los resultados es, sin duda, lo que se suele entender por evaluación del programa, y ha de realizarse al final de la ejecución del mismo, la evaluación del proceso debe llevarse a cabo a medida que se ejecuta (Fernández-Ballesteros, 1996). «Cada programa de intervención debe haber sido desarrollado sobre el papel, especificándose sus objetivos de una manera jerarquizada, los métodos a utilizar en función de los recursos disponibles, la asignación de roles a cada uno de los miembros del equipo y una estimación aproximada de la duración de intervención según la naturaleza del problema. Todas estas especificaciones preliminares han de ser fruto del consenso de un grupo de expertos que cuentan, recordemos, con una evaluación de necesidades y la colaboración, siempre indispensable en la evaluación de programas, de las partes interesadas» (Achúcarro y San Juan, 1996, p. 76).

En cualquier caso, el proceso de evaluación es más fácil de lo que podamos imaginar. Como en muchas tareas, la clave del éxito es la preparación. Los logros de un programa, y la facilidad con la que se puede evaluar, dependen directamente del esfuerzo puesto en el diseño y de su puesta en marcha. En otras palabras, mientras se diseña el programa también se planifica cómo se ha de evaluar. Dentro de esta línea, para Thompson y McClintock (2000), toda evaluación deberá tener ciertos componentes básicos que deberemos tener en cuenta en la planificación de la misma. Los resumimos en el siguiente cuadro:

CUADRO 2.7. COMPONENTES DE LA EVALUACIÓN (Thompson y McClintock, 2000)	
• Objetivo claro y definido	Una frase puede definir clara y específicamente el propósito de la evaluación. Sin tal frase, los evaluadores están desenfocados y no saben qué medir.
• Población diana	Aunque variará dependiendo del objetivo de evaluación, su descripción específica, así como del grupo de comparación (grupo control) si lo hay, son fundamentales.
• Qué va a ser evaluado	Su descripción incluye el tipo de información que debe recogerse y cómo esa información se relaciona con los objetivos del programa.
• Métodos	Técnicas apropiadas para cubrir el objetivo de la evaluación y que proporcionarán el tipo de información que se busca.
• Instrumentos	Herramientas para la recogida de datos que deben ser diseñados y/o probados.
• Información bruta	Información de los componentes de la población diana, es decir, información que se recoge según avanza el programa.
• Información procesada	Introducción de la información en una base de datos para su análisis estadístico.
• Análisis de la información	Uso de técnicas de análisis de datos cualitativas o cuantitativas.
• Informe de la evaluación	Incluye los resultados de los análisis y la significación y relevancia de los mismos.

En suma, debemos programar que, en la fase de evaluación, habrá que analizar qué hemos hecho, con qué resultados, si lo que se ha hecho se corresponde con lo previsto, si se ha concluido conforme al calendario, si existe desfase entre lo presupuestado y el coste, si se ha atendido a un número de personas diferente al previsto,

si se ha conectado con el sector desprotegido previsto en el programa, si han sido efectivos los métodos empleados, si se ha utilizado la mejor combinación de personal disponible, con qué grado de economía se han obtenido los resultados, si ha sido idóneo y apropiado el material utilizado, qué resultados se han obtenido de la colaboración de otras instituciones y de la comunidad, si se han logrado los objetivos propuestos, en qué medida se ha hecho y si ha existido incremento en la demanda de servicios que no estaba prevista. Dejaremos señalado en el diseño de la intervención cómo evaluaremos esos elementos y estudiaremos qué modificar para ser más eficientes.

Un diseño bien concebido establece las bases necesarias para realizar una evaluación bien organizada así como la metodología para recoger información comparativa. De este modo, los resultados pueden ser evaluados dentro de un contexto adecuado a la magnitud e importancia del programa. Asimismo, un buen diseño permite al evaluador sacar conclusiones sobre los efectos del programa con cierto grado de seguridad. Un buen diseño ayudará a establecer hipótesis con cierto grado de confianza sobre lo que habría sucedido si los participantes en el programa no hubieran participado, y, por tanto, a evaluar en qué medida el programa tendrá éxito en la consecución de los objetivos propuestos.

2.8. Seguimiento

El diseño de una intervención debe contemplar cómo vamos a realizar el examen del progreso del programa una vez ha sido implantado de acuerdo con nuestra planificación. Veamos un ejemplo.

Un programa de formación para la reinserción laboral de parados de larga duración se completa tras la realización de las actividades formativas y la recepción de ayudas para incentivar el autoempleo. El 95 por ciento de los que comenzaron el programa inician su aventura laboral y se dan de alta en la Seguridad Social. En este momento podemos considerar que a la finalización del programa se han obtenido unos resultados positivos. Sin embargo, podemos plantearnos cuál será el impacto del programa en un plazo más amplio con preguntas como las siguientes: ¿cuántos de los que participaron en el programa continúan realizando la misma actividad al término de seis meses, uno y tres años? ¿Cuántos nuevos empleos se han creado en ese periodo a partir de las iniciativas de los participantes? ¿Cuántos han vuelto a la situación previa a su participación en el programa trascurrido ese tiempo? ¿Cuáles han sido las causas de los fracasos? ¿Qué aspectos del programa han contribuido más a la reinserción a lo largo del tiempo? ¿Qué acciones o contenidos no contemplados en el diseño y ejecución podrían haber evitado los fracasos? ¿Cuál es el conocimiento y la valoración de la comunidad sobre la utilidad de este programa?

Este sencillo ejemplo nos muestra la necesidad de contemplar el seguimiento de un programa cuando lo estamos planificando, ya que un adecuado plan de seguimiento nos ayudará a valorar el impacto del programa más allá de los resultados inmediatos; nos ayuda también a señalar cuáles pueden ser las vías más eficaces de mejora, e incluso nos permite detectar nuevas necesidades de intervención no vislumbradas inicialmente.

A la hora de planificar el seguimiento debemos tener en cuenta los siguientes parámetros:

1. *Cuál es la finalidad:* por qué y para qué se va a realizar. Al definir el seguimiento podemos distinguir dos grandes tipos de objetivos, el de *impacto* y el de *mejora* del programa. El *seguimiento del impacto* de un programa se puede centrar en las consecuencias directas para los participantes, o en las indirectas para el entorno social inmediato y para el entorno comunitario-institucional. El *seguimiento de mejora* se centrará en relacionar los resultados de seguimiento del impacto con la información y con el diseño y ejecución del programa, de manera que se puedan detectar los puntos fuertes y débiles del mismo y las medidas que se pueden acometer para su mejora.
2. *Quién va a realizarlo:* los responsables del seguimiento podrán ser agentes internos y / o externos. En el momento del diseño deberemos tener en cuenta este factor, ya que en ocasiones el seguimiento será

realizado por instituciones ajenas al desarrollo del programa, aunque de alguna manera relacionada con él, y de cuyo juicio puede depender la continuidad del mismo. En estos casos, los indicadores que se juzgarán no serán seleccionados por el equipo que ha diseñado y ejecutado la intervención, sino por el agente externo. Prevenir esta circunstancia permitirá tener disponible el tipo de información que puede ser demandada.

3. *Sobre qué vamos a realizarlo*: el establecimiento de los objetivos de seguimiento nos facilitará clasificar las áreas prioritarias que podemos desglosar en el contenido del propio programa, el contexto en el que se inserta, o la gestión necesaria llevada a cabo.
4. *Cuándo realizarlo*: hablar de seguimiento es hablar de valoración a lo largo del tiempo. Por esta razón, responder al cuándo es la clave de un buen diseño de esta fase del programa. Normalmente se utilizan tres grandes etiquetas para acotar esta dimensión temporal: corto, medio y largo plazo. La selección de los momentos a partir de la finalización del programa que corresponden a cada etiqueta es un asunto menos claro, pero de capital importancia.

Lo primero que se debe tener en cuenta es con qué clase de objetivos se relacionan cada uno de estos momentos. El seguimiento del programa a largo plazo nos proporciona información sobre el éxito en la estrategia general que se eligió para su diseño. El seguimiento a medio plazo nos proporciona información sobre el conjunto de acciones o tácticas que se eligieron para desarrollar la estrategia y articular todo el programa de intervención. Por último, el seguimiento a corto plazo nos proporciona información técnica sobre las acciones más concretas y específicas que se utilizaron para realizar el programa.

En nuestro ejemplo anterior, la estrategia del programa era capacitar a los participantes para realizar con éxito iniciativas de autoempleo. Las acciones tácticas elegidas fueron la realización de cursos de formación y la facilitación de ayudas financieras para poner en marcha sus proyectos, mientras que los aspectos técnicos tenían que ver, por ejemplo, con la decisión de si estas ayudas son créditos especiales, donación de recursos materiales etc. Así, la planificación del seguimiento a largo plazo tendría que ver con el éxito de la estrategia de capacitación; el seguimiento a medio plazo con la valoración de las acciones elegidas, formación y ayudas financieras, y el seguimiento a corto plazo con la adecuación de las decisiones técnicas concretas, como el tipo de ayudas financieras seleccionadas.

Una vez que hemos relacionado los plazos de seguimiento con los diferentes aspectos del diseño de la intervención y de la planificación del programa, debemos valorar en cada caso cuál será el momento más adecuado para ejecutar cada uno de ellos. Como referencia, sirva la práctica frecuente para programas destinados a grupos amplios de población en los que el seguimiento a corto plazo se sitúa entre la finalización del programa y el primer año posterior, el seguimiento a medio entre el primer y tercer año, y el seguimiento a largo plazo a partir del tercer año.

En definitiva, debemos entender el seguimiento como un acopio de información sistematizado acerca de la aplicación del programa de intervención a través del tiempo. Dada su importancia, y si la complejidad del programa lo requiere, puede ser conveniente y práctico planificar la existencia de un *grupo o comisión de seguimiento* que se encargará de elaborar y utilizar protocolos de recogida de información. Esta comisión debería incluso prever la evaluación del funcionamiento del propio sistema de seguimiento para asegurar que están presentes todas las informaciones necesarias, así como la participación de todos los agentes implicados.

2.9. Informe

Todo programa de intervención debe contemplar la prelación y redacción de informes. Los informes deberán ser varios y deberán adaptarse a cada una de las fases del proceso. Esto es, debemos informar tras la elaboración del diseño y planificación, en cada una de las etapas establecidas en la ejecución, al finalizar la intervención

e, incluso, en el proceso de seguimiento de la misma. Independientemente del momento al que se refiera, la calidad del informe escrito y de la presentación oral es un elemento de evaluación positiva o negativa sobre los diseñadores, ejecutores y evaluadores del programa. Esto es importante, hasta tal punto que el informe puede ser determinante para la puesta en marcha o la continuidad de un programa de intervención. En este epígrafe nos centraremos en las características que debe contemplar el informe de un diseño de intervención.

Para la elaboración de un informe deberemos tener en cuenta varios aspectos como son la audiencia, los contenidos y el formato. No debe olvidar el lector que un buen informe debe constituir el documento maestro sobre el que se basará todo el desarrollo de la intervención. Veamos pues cada una de estas cuestiones.

Con respecto a la *audiencia*, como se observa en el Cuadro 2.8, el eje principal sobre el que se debe desarrollar el informe dependerá del público al que va dirigido. Esto no significa que se deban presentar o no determinados contenidos, sino que los destinatarios del informe van a centrar su atención sobre unos aspectos más que sobre otros, dependiendo de su idiosincrasia o intereses, y es por tanto importante que los contenidos que se les presenten les resulten claros e inteligibles.

Por ejemplo, mientras que la audiencia de un Congreso Científico en la presentación de un informe acerca del diseño de un programa de intervención para ayudar a las personas de un barrio marginal con problemas de drogadicción atenderá más al rigor metodológico con el que se ha realizado, la audiencia del barrio marginal se interesará prioritariamente en los beneficios que el programa puede revertir sobre su comunidad.

CUADRO 2.8. AUDIENCIAS

Responsables políticos y financiadores	<ul style="list-style-type: none"> • Rentabilidad, eficacia y utilidad del programa. • Foco del informe: resultados y conclusiones.
Comunidad científica	<ul style="list-style-type: none"> • Fundamentación teórica. • Rigor metodológico.
Futuros agentes	<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos técnicos, logísticos y operativos de la implementación del programa.
Destinatarios del programa	<ul style="list-style-type: none"> • Logros alcanzados por los usuarios. • Consejos precisos para futuras acciones.

Por otro lado, en relación con los *contenidos*, todo informe acerca del diseño de una intervención debe contener, al menos, los siguientes apartados: un *título del proyecto* de intervención, que debe ser descriptivo y conciso; un *resumen*, que sitúe rápidamente al lector sobre el contenido del programa; una *descripción del problema* bien fundamentada; los *objetivos y fundamentos* derivados de la descripción del problema; los *métodos, procedimientos y estrategias* que se proponen para alcanzar los objetivos; las *acciones propuestas* en las que se especifican las estrategias de intervención; el *equipo de trabajo y de apoyo* necesarios; el *cronograma* en el que se establece el desarrollo temporal de la intervención; los *presupuestos previstos* para su ejecución y, por último, las *fuentes de financiación*, es decir, aquellas instituciones que darán soporte económico al programa.

Por último, a la hora de redactar el informe es preciso cuidar tanto el formato de presentación como el estilo de redacción. Algunas recomendaciones que podemos hacer son las siguientes:

1. Formato de presentación:

- Los apartados generales deber contener: título, resumen, índice, contenidos (*véase* el cuadro anterior), referencias bibliográficas y anexos.
- La presentación puede ser oral o escrita en función de la audiencia. Mientras que para un organismo que es un potencial financiador deberemos presentar el informe escrito con todos sus detalles, para los vecinos de un barrio puede resultar más informativa una presentación oral.

CUADRO 2.9: CONTENIDOS DEL INFORME

- Título del proyecto.
- Resumen.
- Descripción del problema.
- Objetivos y fundamentos.
- Métodos, procedimientos y estrategias.
- Acciones propuestas.
- Equipo de trabajo y de apoyo.
- Cronograma.
- Presupuestos previstos.
- Fuentes de financiación.
- Agradecimientos.

2. Estilo de redacción:

- Utilizar un lenguaje preciso, completo y claro.
- Cuidar el tipo de vocabulario en función de la audiencia.
- Párrafos cortos que no adormezcan al lector, sino que mantengan su atención.
- Apoyo en tablas, cuadros y gráficos para asegurar la comprensión, no para confundir.
- Comenzar el informe y cada apartado con lo más relevante que se quiere transmitir.
- Información ni excesiva, ni escasa, simplemente ajustada al contexto de presentación.

En definitiva, el informe de un diseño de intervención debe ser una herramienta útil y atractiva (debe servir de referencia para el desarrollo del programa y el logro de los apoyos necesarios), pero al mismo tiempo debe reflejar sensatez y honestidad.

3. CONCLUSIONES

El presente capítulo ha tratado el primer paso en el proceso de desarrollo de un programa de intervención psicosocial, el diseño y planificación del mismo. Para ello hemos elegido una perspectiva temporal, relatando las fases sucesivas sobre las que como *diseñadores* debemos trabajar y que se corresponden con las siguientes:

1. *Identificación de los problemas o necesidades.* En esta fase determinaremos la población diana y detectaremos, identificaremos y definiremos con la mayor claridad el problema o las necesidades.
2. *Evaluación de los problemas o necesidades y su contexto.* En esta fase analizamos el entorno de la población diana, definimos los problemas en términos de conductas problema y decidimos cómo vamos a obtener la información.
3. *Determinación del programa de intervención.* En esta fase definimos lo que queremos hacer y cómo hacerlo. Establecemos y determinamos objetivos. Establecemos los contenidos del programa. Establecemos el fundamento de lo que se hace. Planificamos la actuación y los elementos y medios de mantenimiento del programa.

4. *Selección de participantes en el programa.* Diseñamos un plan de muestreo para la obtención de sujetos sobre los que vamos a actuar.
5. *Intervención.* En esta fase establecemos cómo se llevará a cabo la ejecución del programa y cómo los sujetos recibirán el tratamiento correspondiente; decidimos cómo preparamos a entrevistadores y animadores o ejecutores teniendo en cuenta la demanda, el caso, la evaluación inicial y los profesionales o mediadores, y recogemos los datos referidos a la intervención.
6. *Procesamiento de la información.* En esta fase acordamos cómo registramos y codificamos y analizamos los datos recogidos.
7. *Evaluación.* En esta fase consideramos el impacto del programa, su eficacia, su relevancia, su adecuación y la política en la que se enmarca.
8. *Seguimiento.* En esta fase decidimos cómo procederemos a la revisión del progreso del programa y su mantenimiento.
9. *Preparación del informe.* Por último, en esta fase presentamos el diseño de la planificación del programa de intervención psicosocial mediante un informe formal oral o escrito.

A estas alturas el lector podrá pensar, con razón, que el diseño de un programa de intervención es un asunto complejo que admite soluciones muy diversas, algo que tendrá ocasión de comprobar a lo largo de los capítulos de este manual. Sin embargo, y mirado desde otro punto de vista, en esencia es sencillo. Hacer un buen diseño es la primera etapa de un viaje en el que se pretende llegar al destino en la forma y tiempo estimados. En definitiva, nuestro diseño es el mapa u *hoja de ruta* para realizar dicho viaje. Y cualquier viajero sabe que un buen mapa no asegura el éxito de la expedición, pero sí garantiza que no nos perderemos. Permítasenos finalizar con un decálogo de pequeños consejos para conseguir el mapa más provechoso.

CUADRO 2.10. DIEZ RECOMENDACIONES BÁSICAS A LA HORA DE DISEÑAR UNA INTERVENCIÓN

- Ten las ideas claras.
- Piensa que un programa no es un fin en sí mismo.
- Analiza detalladamente la situación-problema y su entorno.
- Formula objetivos y visiones del problema.
- Sé creativo, flexible y versátil.
- No creas que todos comparten los objetivos.
- No pretendas ahorrar trabajo.
- Ponte a la tarea (implanta la estrategia).
- Evalúa tus logros y no olvides demostrar la contribución del programa a la solución del problema (qué funciona y qué no).
- Realiza un buen informe.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achúcarro, C. y San Juan, C. (1996). Aspectos históricos, teóricos y metodológicos de la evaluación de programas. En C. San Juan (Coord.), *Intervención psicosocial. Elementos de programación y evaluación socialmente eficaces* (pp. 56-89). Barcelona: Anthropos.
- Barriga, S. (1987). La intervención psicosocial. En S. Barriga, J. M. León y A. Martínez (Eds.), *Intervención psicosocial* (pp.13-58). Barcelona. Hora.
- Buelga, S. y Musitu, G. (1993). Un programa de intervención familiar con un enfermo mental. En G. Musitu, E. Borjano, E. Gracia, y J. R. Bueno, *Intervención psicosocial. Programas y experiencias* (pp. 165-185). Madrid: Editorial Popular.
- Cook, T. D. y Reichardt, C. S. (Eds.) (1986). *Métodos cualitativos vs cuantitativos en investigación evaluativo*. Madrid: Morata.
- Chacón, F., Barrón, A. y Lozano, M. P. (1988). Evaluación de necesidades. En A. Martín, F. Chacón y M. Martínez (Eds.), *Psicología Comunitaria* (pp. 109-139). Madrid: Visor.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). El ciclo de intervención social y evaluación. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación de programas* (pp. 50-74). Madrid: Síntesis.
- Garrido, E., Ullán, A. M. y de la Torre, A. (1993). Una experiencia de intervención psicosocial en un proyecto público de viviendas. En G. Musitu, E. Borjano, E. Gracia, y J. R. Bueno, *Intervención psicosocial. Programas y experiencias* (pp. 17-29). Madrid: Editorial Popular.
- Gotzens, F. (1993). Programa de actuación sobre la problemática de la drogodependencias, a través de la acción comunitaria, en un barrio periférico de la ciudad de Valencia. En G. Musitu, E. Borjano, E. Gracia, y J. R. Bueno, *Intervención psicosocial. Programas y experiencias* (pp. 61-74). Madrid: Editorial Popular, Kerson, T.S. (1989). *Social Work in Health Settings: Practice in context*. New York: The Haworth Press.
- Lara Ponce, A. (2001). *Manual para el trabajo comunitario*. Lima: CEDEIS.
- Lewin, K. (1948). *Resolving Social Conflicts*. N.Y.: Harper & Row.
- López, C., García, J. A. y Rodríguez-Marín, J. (1993). Diseño y puesta en práctica de un modelo de atención comunitaria. En G. Musitu, E. Borjano, E. Gracia y J. R. Bueno, *Intervención psicosocial. Programas y experiencias*. Madrid: Editorial Popular, pp. 139-153. En C. San Juan (Coord.), *Intervención psicosocial. Elementos de programación y evaluación socialmente eficaces* (pp. 36-45). Barcelona: Anthropos.
- Marín, G. (1993). Defining culturally appropriate community interventions: Hispanics as a case study. *Journal of Community Psychology*, 21, 149-161.
- Marín, G. (1996). Consideraciones necesarias en el diseño de intervenciones culturalmente apropiadas en la promoción de la salud. En C. San Juan (Coord.), *Intervención Psicosocial. Elementos de programación y evaluación socialmente eficaces* (pp. 36-45). Barcelona: Anthropos.
- Marín, G., y Marín, B. (1990). Perceived credibility of channels and sources of AIDS information among hispanics. *AIDS Education and Prevention*, 2, 156-163.
- Maydeu, A. y Román, J. M. (1993). Programa de «moldeado social» del comportamiento de los internos de un centro penitenciario. En En G. Musitu, E. Borjano, E. Gracia y J. R. Bueno, *Intervención psicosocial. Programas y experiencias* (pp. 31-51). Madrid: Editorial Popular.
- Páez, D. (1996). Introducción. En C. San Juan (Coord.), *Intervención psicosocial. Elementos de programación y evaluación socialmente eficaces* (pp. 15-28). Barcelona: Anthropos.
- Sánchez Vidal, A. (1991). *Psicología Comunitaria*. Barcelona: PPU.
- Szapocznik, J. y Pequegnat, W. (1995). Designing an Intervention Study. En W. Pequegnat, y E. Stover (Eds.), *How to write a successful research grant application. A guide for social and behavioural scientists* (pp.113-128). New York: Plenum Press.
- Thompson, N. J. y McClintock, H. O. (2000). *Demonstrating your program's worth. A primer on evaluation for program to prevent unintentional injury*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury.

CAPÍTULO 3

Diseño de una intervención psicosocial dirigida al incremento de la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos

Carmen Pozo, Enrique Alonso
y Sonia Hernández



COMPENDIO DEL CAPÍTULO

A lo largo del presente capítulo se desarrolla una intervención psicosocial dirigida a modificar los hábitos de salud de pacientes que padecen enfermedades crónicas, uno de los problemas de salud más importantes en el mundo occidental. El objetivo no es otro que incrementar la conducta de adherencia en este grupo de enfermos. El programa que se presenta ha sido estructurado siguiendo las fases clásicas de toda intervención social de acuerdo con el siguiente esquema:

1. El incumplimiento terapéutico: un problema social
 2. Factores psicosociales implicados en la adherencia al tratamiento
 3. Fundamentación teórica del programa: el modelo de creencias de salud
 4. Fundamentación empírica del programa
 5. Diseño de un programa multicomponente dirigido al incremento de la adherencia en pacientes crónicos
 6. Conclusiones
-

1. EL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO: UN PROBLEMA SOCIAL

Las enfermedades crónicas representan uno de los más importantes problemas de salud en el mundo occidental y suponen un importante desembolso económico para los sistemas de salud de los distintos países. El papel de los factores conductuales en el desarrollo de estas enfermedades ha sido ampliamente constatado, en especial, en lo que se refiere a la alimentación, el ejercicio físico y el consumo de alcohol y tabaco (Taylor y Aspinwall, 1990). Para dar cuenta de su impacto, desde la Psicología social se han desarrollado importantes modelos teóricos, empíricamente fundamentados, en los que se intenta comprobar la interacción entre variables psicosociales y conductas de salud. Los de Weinstein (2003), y Weinstein, Rothman y Sutton (2003) se encuentran, sin duda, entre los más importantes. En general, de todos ellos se deduce que las personas llevarán a cabo conductas saludables con mayor probabilidad cuando perciban cierta amenaza a su salud, se sientan vulnerables, cuando crean que son capaces de hacer algo para reducir la amenaza (auto-eficacia), cuando su respuesta sea eficaz ante dicha amenaza (eficacia de respuesta), y tengan intención de asumir dichas conductas preventivas. En el caso de los pacientes crónicos, la adherencia a las recomendaciones médicas es fundamental para alcanzar y mantener un cierto nivel de bienestar, truncado no sólo por los síntomas de la propia enfermedad, sino por el impacto del diagnóstico y el miedo ante un futuro incierto (Pozo, Alonso Morillejo y Hernández, 2005).

A lo largo del presente capítulo se describe el diseño de un programa de intervención dirigido al incremento de la adherencia terapéutica en pacientes crónicos. Como ya se ha puesto de manifiesto en el capítulo anterior, la fase de planificación de los programas es la base sobre la que se sustenta el ciclo de intervención social; programas mal planificados, que no se apoyen en un estudio exhaustivo de los problemas sociales a los que pretenden atender y de las necesidades de la población a las que es preciso dar respuesta, suponen, a largo plazo, la ineficacia de dichas intervenciones en cuanto al cumplimiento de los objetivos se refiere, tal y como pone claramente de manifiesto Elvia Vargas en el Capítulo 19. Insistimos en esta idea para reforzar el hecho de que los programas no surgen en el vacío, sino que deben apoyarse en una fundamentación teórica previa, acerca del problema objeto de estudio y de la mejor forma de darle solución (Pozo, Alonso Morillejo y Hernández, 2004).

En el caso que nos ocupa, el de la adherencia a las prescripciones terapéuticas en pacientes crónicos, es evidente que se trata de un problema de importante repercusión social. Su interés se justifica por las consecuencias negativas que el incumplimiento terapéutico está ocasionando no sólo en los propios afectados, con el consiguiente agravamiento de sus enfermedades (en la práctica diaria entre un 30 y un 50 por ciento de los pacientes diagnosticados como enfermos crónicos no siguen las recomendaciones dictadas por los profesionales sanitarios, porcentajes que varían sustancialmente en función de si los tratamientos requieren o no cambios importantes en los hábitos de vida-Haynes, 2001; Organización Mundial de la Salud, 2003; Rodríguez Marín, 2004, 2006), sino también para sus familias, los médicos que les atienden y, en general, para el propio sistema de cuidado de salud (carga financiera, inadecuado uso de los sistemas sanitarios, desaprovechamiento de recursos humanos y materiales, pérdida de tiempo y esfuerzos empleados, etc.). La aparición y diagnóstico de una enfermedad crónica supone para este tipo de pacientes un cambio, a veces radical, en su forma de vida, ya que en la mayoría de los casos no sólo deben cumplir con un régimen farmacológico estricto, sino que también necesitan de un control de la dieta, abandono del consumo de tabaco o alcohol, inclusión de ejercicio físico de forma regular, etc.; en definitiva, supone una importante transformación en sus hábitos de vida (Lefevre, 2003). De acuerdo con las fases que definen el diseño de una intervención, que acabamos de ver en el capítulo segundo, he aquí la primera de ellas: la identificación del problema.

1.1. La adherencia al tratamiento en pacientes crónicos

Las investigaciones sobre adherencia al tratamiento desarrolladas desde la Psicología social de la salud han proporcionado importantes hallazgos sobre el papel que los factores psicosociales juegan en el desarrollo de

conductas saludables (Horne y Weinman, 1998; Rodríguez Marín, 1995). En este sentido, los modelos de cognición social, como el Modelo de Creencias de Salud (MCS: Becker, 1974; Rosenstock, 1974) y la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen, 1985), han sido las propuestas conceptuales más utilizadas en estudios que exploran la adherencia a conductas preventivas de salud y el seguimiento de las recomendaciones en diversas enfermedades crónicas. En general, estos modelos subrayan la relación existente entre los factores cognitivos y los comportamientos de salud, entendiendo que las cogniciones o pensamientos son procesos que median entre el estímulo observado y las respuestas en situaciones reales concretas (Rodríguez Marín, 2006).

Las enfermedades crónicas reducen la calidad de vida de las personas, provocan un desajuste en las relaciones sociales, ocasionan un importante incremento del estrés y, en muchas ocasiones, entorpecen las actividades de la vida diaria, lo que puede desencadenar en depresión o ansiedad, en especial, si la enfermedad viene asociada a dolor o si produce incapacidad y dependencia de otras personas (Taylor y Aspinwall, 1990).

Existe una gran diferencia entre unas enfermedades crónicas y otras, tanto en la forma de su inicio (por ejemplo, el VIH o la hepatitis surgen inicialmente como enfermedades infecciosas agudas), como en su desarrollo y en su tratamiento; sin embargo, en todas ellas es necesario seguir, de la forma más estricta posible, una serie de recomendaciones médicas y unas constantes pautas de cuidado. Para que una enfermedad crónica sea considerada como tal debe cumplir una o más de las siguientes características (OMS, 2003): *a*) debe ser permanente; *b*) conducir a una incapacidad residual; *c*) es causada por una alteración patológica no reversible; *d*) requiere especial entrenamiento del paciente para su rehabilitación, y *e*) puede ser necesario un largo periodo de seguimiento médico, observación o cuidado.

La propia definición de enfermedad crónica implica, por tanto, un proceso de seguimiento terapéutico y nos lleva irremediamente al concepto de adherencia. Los términos adherencia o cumplimiento terapéutico se refieren, en general, al grado en que los pacientes llevan a cabo las conductas y tratamientos que sus médicos les han recomendado. Muy a menudo ambos términos han sido y son utilizados de forma intercambiable, aunque el término «cumplimiento» tiene ciertas connotaciones negativas que le hacen ser menos adecuado, ya que sugiere que el paciente es un mero «cumplidor» de las recomendaciones médicas y no juega un papel activo en su propio proceso de salud y/o enfermedad (Rodríguez Marín, 2006; Sarafino, 2006; Vermeire *et al.*, 2001). La adherencia requiere de un acuerdo entre el profesional y el paciente, por lo que la relación y comunicación establecida entre ambos juega un papel crucial para una práctica clínica eficaz (OMS, 2003). Bajo esta denominación se engloba el seguimiento por parte del paciente de las recomendaciones médicas, incluyendo las prescripciones farmacológicas, los cambios de estilos de vida e incluso la asistencia a las visitas programadas. De forma específica, la OMS en su informe publicado en 2003, adopta como representativa la siguiente definición de adherencia: «la medida en la cual la conducta de una persona —tomar la medicación, seguir una dieta y/o llevar a cabo cambios en los estilos de vida— se ajusta a las recomendaciones *acordadas* con un profesional de la salud» (OMS, 2003, p. 18).

Por lo que respecta a las medidas para la evaluación de la adherencia, no existe unanimidad ni una regla de oro que garantice que un instrumento es mejor (más fiable y válido) que otro, sino que a lo largo de los distintos estudios aplicados se han utilizado muy diversas estrategias (Farmer, 1999). En general, las medidas autoinformadas, tanto las dirigidas al paciente como a los profesionales de la salud, han sido las más ampliamente utilizadas dada su facilidad de diseño y aplicación, su sencillez y la posibilidad de acceder a una muestra de mayores dimensiones. Sin embargo, los resultados obtenidos hasta la fecha con este tipo de instrumentos no han sido nada satisfactorios; investigaciones previas han podido constatar que los pacientes que dicen no seguir las recomendaciones médicas describen sus conductas con precisión, mientras que los pacientes que dicen seguir sus tratamientos informan de sus conductas inadecuadamente. En general, cuando se toman como medida de adherencia las informaciones proporcionadas por el propio paciente, éste suele sobrestimar la ejecución de conductas positivas (Rodríguez Marín, 2006), aunque cuentan con la ventaja de que este tipo de instrumentos aportan información sobre los motivos de la no (o pobre) adherencia (Pozo *et al.*, 2005a). Dadas estas limitaciones, algunos autores han optado por diseñar cuestionarios estandarizados para evaluar conductas de salud específi-

cas relacionadas con el seguimiento terapéutico (seguir una dieta, cumplir con un programa estricto de ejercicios, etc.), estas medidas han mostrado una mayor capacidad predictiva de la conducta de adherencia (Morisky, Green y Levine, 1986; Sumartojo, 1993).

Otras medidas más objetivas como la determinación del nivel de fármacos, la monitorización electrónica, el recuento de la medicación sobrante, las mediciones bioquímicas, o la asistencia a citas de dispensación de medicamentos pueden proporcionar en algunos casos (y con algunas enfermedades crónicas específicas como el VIH) información cuantitativa más detallada, pero tienen otra serie de inconvenientes ligados principalmente a su coste (económico y de tiempo) o al requerimiento de la utilización de nuevas tecnologías, no disponibles para todo el mundo. Por ese motivo, algunos autores (Hays y DiMatteo, 1987) sugieren la combinación de medidas cualitativas (información proporcionada por el propio paciente) y otras de carácter cuantitativo, así como la utilización conjunta de medidas generales de adherencia y otras más específicas ligadas al seguimiento de prescripciones concretas (OMS, 2003).

Por último, para mostrar la relevancia del problema al que nos referimos, haremos mención a los hallazgos de un estudio previo llevado a cabo por los autores del presente capítulo (Pozo, Alonso Morillejo y Hernández, 2005), en el que se evaluó, a través de una entrevista semiestructurada, la adherencia al tratamiento, y otras variables relacionadas, en un grupo de 82 pacientes crónicos (85,4 por ciento diabéticos y el 14,6 por ciento restante con EPOC-Enfermedad Obstructiva Pulmonar). Los resultados revelaron que sólo un 21 por ciento de la muestra reconoce no cumplir adecuadamente con las recomendaciones médicas. Las razones que argumentan para ello son, por orden de importancia, el esfuerzo que suponen, la duración prolongada de los tratamientos, la pereza, el olvido y el cambio que ello supone en la vida diaria. De hecho, la adherencia a la medicación es la más seguida, mientras que es escasa en lo que tiene que ver con la necesidad de realizar actividad física y cambiar de dieta. Por último, y aunque la investigación citada supuso tan sólo un estudio piloto que permitió poner a prueba y perfilar los instrumentos de medida, el modelo de regresión efectuado destacó el importante poder explicativo de estas barreras en la predicción de la adherencia al tratamiento.

2. FACTORES PSICOSOCIALES IMPLICADOS EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Algunos estudios, como el citado en el apartado anterior, indican que ciertas variables relacionadas con el propio paciente afectan a la conducta de adherencia: el olvido, el estrés, la ansiedad por los posibles efectos adversos, la baja motivación o el conocimiento inadecuado, son sólo algunos de los factores que limitan la adherencia y que, por tanto, debieran ser perfectamente identificados cara a futuras intervenciones (DiMatteo *et al.*, 1993; McCaul, Glasgow y Schafer, 1987). También existen otros aspectos ligados al propio tratamiento que inciden sobre su seguimiento: tener que acudir regularmente al médico, aprender el uso correcto de la medicación, el número elevado de dosis, la duración del tratamiento, los efectos secundarios, cambiar la dieta, incrementar la actividad física, abandonar el tabaco, reconocer los propios síntomas, o autoevaluar los niveles de glucosa o tensión arterial en el caso de diabetes e hipertensión, respectivamente (Conrad, 1985; DiMatteo *et al.*, 2002).

Pero las razones del incumplimiento no están únicamente relacionadas con el paciente o el tratamiento, también los profesionales sanitarios tienen un importante nivel de responsabilidad en este asunto. En muchas ocasiones, las creencias erróneas de los pacientes vienen dadas por la escasa información proporcionada por sus médicos, bien porque éstos no son capaces de utilizar un lenguaje sin tecnicismos y cercano al paciente, bien porque la interacción entre ambos carece de un tono afectivo positivo (Lambert, Street y Cegala, 1997). Una buena comunicación es esencial para incrementar la satisfacción del paciente y, con ello, el seguimiento

terapéutico (Rodríguez Marín, 2006). En cualquier caso, como se ha demostrado en diversas investigaciones, la comprensión y recuerdo de las recomendaciones dictadas por el médico son necesarias pero no suficientes para conseguir un adecuado nivel de adherencia (Ferrer, 1995).

Junto a los factores mencionados, los aspectos psicosociales se presentan como fundamentales en la evolución de cualquier patología crónica, ya que desempeñan un papel decisivo en la adherencia al tratamiento (Pozo, Alonso Morillejo y Hernández, 2005; Rodríguez Marín, 2006). Entre estos factores destacan el estado de salud percibido, el locus de control, las creencias de salud (vulnerabilidad y gravedad percibida, autoeficacia percibida, competencia percibida o valor de salud) y, muy especialmente, el apoyo social y la interacción entre el profesional de la salud y el paciente. Una síntesis de las dimensiones más estudiadas y las variables que las integran aparece reflejada en el Cuadro 3.1.

CUADRO 3.1. DIMENSIONES Y VARIABLES IMPLICADAS EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

DIMENSIONES	VARIABLES
Variables personales y sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo. • Edad. • Nivel educativo. • Nivel socio-económico. • Actividad laboral.
Características de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de enfermedad crónica. • Duración de la enfermedad. • Sintomatología asociada. • Estado de salud percibido.
Variables relacionadas con el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Complejidad del tratamiento. • Duración del tratamiento. • Dosificación (cantidad, tratamientos monodosis vs. multidosis). • Efectos secundarios. • Barreras/beneficios. • Historia previa con otros tratamientos. • Cumplimiento previo.
Factores psicosociales	
<i>Creencias</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias sobre la enfermedad y creencias sobre el tratamiento. • Gravedad y vulnerabilidad percibidas. • Valor de salud. • Autoeficacia percibida. • Locus de control en salud.
<i>Apoyo social</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Fuente de apoyo social percibido. • Tipo de apoyo recibido. • Satisfacción con el apoyo recibido.
<i>Interacción profesional de la salud-paciente</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de la relación y comunicación. • Satisfacción con la relación. • Calidad del servicio y satisfacción del paciente.

Entre esa «maraña» de factores intervinientes la OMS recoge cinco grandes bloques (OMS, 2003): *a) los factores económicos y sociales*, entre los que se incluyen el estatus socioeconómico, bajo nivel educativo, desempleo, redes sociales escasas o poco efectivas, factores organizacionales y algunas variables sociodemográficas, en especial, la edad, el género y la raza (DiMatteo *et al.*, 2002); *b) factores relacionados con el sistema de salud*, entre los que destaca la relación entre el profesional de la salud y el paciente; a su vez, falta de conocimientos y habilidades de los profesionales para enfrentarse a enfermos crónicos. La ineficacia de sus habilidades de comunicación, o el desconocimiento de los factores que pueden afectar a la adherencia pueden afectar negativamente al seguimiento de las recomendaciones de salud; *c) factores relacionados con la enfermedad*: algunos aspectos fuertemente asociados a la adherencia son aquellos que tienen que ver con la severidad de los síntomas, el nivel de deterioro o discapacidad asociada, la progresión de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos eficaces; *d) factores relacionados con el tratamiento*: los más notables son aquéllos ligados a la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos previos de otros tratamientos, los beneficios inmediatos y los efectos secundarios. Así, las intervenciones en adherencia deben estar dirigidas a las necesidades del paciente en orden a alcanzar un máximo impacto; *e) factores relacionados con el paciente*. El conocimiento de los pacientes y sus creencias acerca de la enfermedad, la motivación que tienen para hacerle frente, la autoeficacia percibida o confianza en sus habilidades para manejar sus conductas de control de la enfermedad, las expectativas sobre el resultado del tratamiento y las consecuencias del incumplimiento terapéutico, interactúan de muy diversas formas para conducir a la conducta de adherencia.

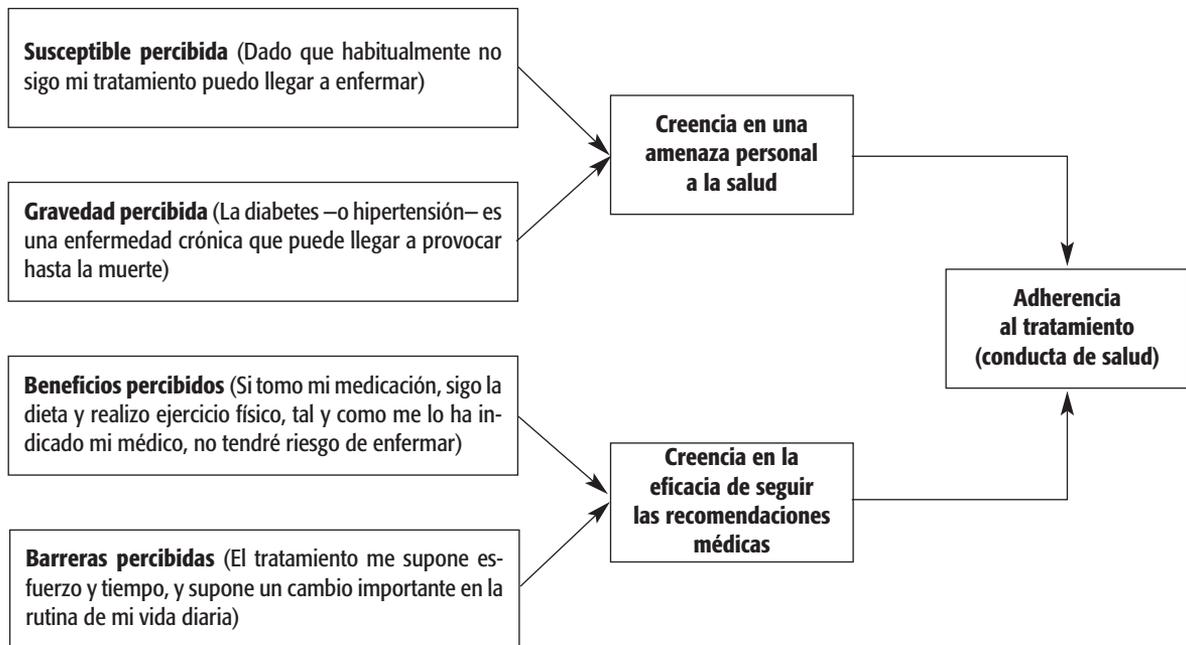
3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL PROGRAMA: EL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

El Modelo de Creencias de Salud –MCS– (Rosenstock, 1974) ha sido uno de los marcos teóricos más usualmente utilizados para explicar y predecir una amplia variedad de conductas de salud, entre ellas, la adherencia al tratamiento. Su concepción original, conformada por cinco constructos (susceptibilidad percibida, gravedad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas y claves para la acción) ha sido posteriormente ampliada con la inclusión de una nueva dimensión: la autoeficacia percibida (Strecher y Rosenstock, 1997). En el caso específico del incumplimiento terapéutico, este modelo ha sido utilizado para entender las conductas de salud y las posibles razones del incumplimiento. Además, proporciona guías para el desarrollo de intervenciones dirigidas a incrementar la adherencia. El MCS se dirige a los siguientes cuatro grandes componentes: *a) las barreras percibidas para cumplir con las recomendaciones de salud; b) los beneficios percibidos de las conductas de salud recomendadas; c) la susceptibilidad percibida a sufrir la enfermedad, y d) la gravedad o severidad percibida de la enfermedad*. A estos cuatro elementos se suman los denominados factores modificantes, que incluyen variables sociodemográficas, características personales, las claves para la acción (que funcionan a modo de «disparadores» de la conducta de salud; pueden ser externas, como la influencia de los medios de comunicación social, de la información prestada por los profesionales de la salud, etc., o internas, como la aparición de síntomas y/o dolor, o el estado de salud percibido), y la autoeficacia percibida de las acciones de salud recomendadas (Turner, Hunt, DiBrezzo y Jones, 2004).

En síntesis, el MCS (véase Figura 3.1) asume que la probabilidad de que una persona lleve a cabo la conducta de salud deseada —en nuestro caso el seguimiento de las recomendaciones médicas— depende del grado en que dicha persona crea que es vulnerable a padecer en el futuro una enfermedad derivada del incumplimiento terapéutico, y de sus percepciones acerca de la severidad de las consecuencias que dicha

enfermedad le pueda acarrear. Así, la susceptibilidad y la gravedad consideradas conjuntamente determinarían la amenaza percibida de la enfermedad (Stroebe, 2000). Una vez percibida cierta amenaza de enfermar por no adherirse adecuadamente a las prescripciones, la probabilidad de seguirlas al pie de la letra dependerá del grado en que el individuo crea que la acción le reportará ciertos beneficios, y que éstos serán más cuantiosos y de mayor importancia que las barreras que le suponen seguir las recomendaciones médicas (costes económicos, de esfuerzo y tiempo, cambio en la rutina diaria, etc.). Por último, la conducta será más probable si a lo anterior se suman ciertas claves que incrementan la relevancia personal de la amenaza a la salud (por ejemplo, aparecen ciertos síntomas molestos o una persona cercana ha sufrido las consecuencias de la misma enfermedad). En el modelo revisado por Strecher y Rosenstock (1997), la autoeficacia percibida se incorpora como un factor más que influye sobre la conducta de salud; la evidencia empírica ha demostrado que si las personas creen que son incapaces de ejecutar determinadas conductas de salud, como, por ejemplo, ponerse a dieta, es muy probable que no lo hagan nunca (Schwarzer y Fuchs, 1996).

FIGURA 3.1. EL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD APLICADO A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO



A pesar de la abundante literatura al respecto, el MCS presenta una serie de limitaciones que han venido presentándose a lo largo de los distintos estudios empíricos; la fundamental descansa en el hecho de que nunca ha sido establecida la relación existente entre las variables que conforman el modelo; en la mayoría de los trabajos se ha asumido un modelo aditivo, lo que implica que la influencia de cada una de las variables no se ve modulada o moderada por ninguno de los otros factores (Stroebe, 2000). Pese a ello, este modelo sigue siendo un marco de trabajo fundamental no sólo para explicar conductas de salud sino, en especial, para guiar el desarrollo de intervenciones dirigidas a prevenir la aparición de determinadas enfermedades.

4. FUNDAMENTACIÓN EMPÍRICA DEL PROGRAMA

4.1. Programas dirigidos a incrementar la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos

Si hacemos un repaso por las intervenciones diseñadas hasta la fecha, observaremos que, aunque la mayoría están específicamente diseñadas para cada tipo de enfermedad (ver, por ejemplo, la exhaustiva revisión efectuada por Morrison y Wertheimer, 2004), una parte importante de ellas no se dirige a un único tipo de pacientes crónicos. Por otro lado, y a pesar de existir cierto consenso acerca de los factores implicados en la adherencia, los programas de tratamiento existentes hasta el momento no han obtenido los resultados esperados (Morrison y Wertheimer, 2004), entre otros motivos, por centrarse únicamente en algunas variables aisladas relacionadas con la adherencia; además, este tipo de intervenciones carecen de consenso acerca de la definición de adherencia y los métodos usados para medirla. Más éxito han tenido, sin embargo, los programas multinivel o multicomponente que actúan sobre el paciente, el profesional de la salud y el sistema sanitario en general (OMS, 2003).

Los programas diseñados para pacientes crónicos suelen reunir intervenciones de tipo cognitivo-conductual dirigidas a tratar los diferentes aspectos relacionados con cada tipo de enfermedad (Hill-Briggs, 2003). Tomando como base los principios de la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitivo-conductual, las intervenciones se han dirigido básicamente a modificar los hábitos de salud, siendo más efectivas aquéllas de amplio espectro o multimodales que pretenden modificar las percepciones de eficacia de un tratamiento concreto, aumentar la vulnerabilidad percibida ante las consecuencias de la enfermedad, cambiar actitudes, aumentar la autoeficacia percibida, etc. (Taylor y Aspinwall, 1990)

A pesar de recomendar intervenir sobre todos los actores que participan en el proceso de adherencia (pacientes, profesionales de la salud y sistema sanitario en general), la OMS afirma que la mayoría de los programas existentes hasta el momento se han centrado en modificar las conductas de los pacientes; de todos ellos, los métodos más prometedores para incrementar la conducta de adherencia son aquéllos que usan una combinación de las siguientes estrategias: *a*) educación del paciente; *b*) habilidades conductuales; *c*) auto-refuerzos, y *d*) apoyo social. Todas estas intervenciones ponen énfasis en el proceso de autoregulación de la conducta de salud por parte del paciente, proveyéndole de las destrezas necesarias para su propio control; de esta forma estos programas inciden directamente sobre la salud de los pacientes crónicos y, a la vez, reducen la utilización por parte de aquéllos de los servicios asistenciales de salud. A pesar de que estas técnicas han mostrado efectos positivos, esas mejoras en la conducta de adherencia se van minimizando cuando el tratamiento se mantiene a largo plazo.

En definitiva, para aumentar la adherencia al tratamiento en este grupo de pacientes las intervenciones han usado una combinación de estrategias cognitivas (actividades diseñadas para enseñar, clarificar e instruir sobre el tratamiento y las conductas de salud; por ejemplo, informar y entrenar sobre el complejo régimen de tratamiento), estrategias conductuales (actividades diseñadas para modificar, reforzar y modelar la conducta de salud, generando; por ejemplo, habilidades y estrategias de auto-regulación necesarias para manejar los múltiples factores que intervienen en la enfermedad), y estrategias diseñadas para optimizar el apoyo social emocional, en especial, por parte de los familiares más cercanos y el grupo de iguales (Côté y Godin, 2005). Además, algunos programas incorporan métodos para afrontar el estrés y la depresión, habitualmente asociados a las enfermedades crónicas que producen incapacitación (Taylor, 2006).

4.2. Los resultados de una investigación previa como base para el desarrollo del programa

El programa de intervención que se describe en el presente trabajo se fundamenta en el modelo teórico propuesto en el apartado anterior y en una investigación, actualmente en desarrollo, que pretende someter a contrastación

empírica dicho marco teórico (Pozo, Alonso Morillejo y Hernández, 2005; Pozo *et al.*, 2005a y b). A continuación se presentan algunos resultados preliminares del estudio realizado por nuestro equipo de investigación, cuyo principal objetivo consiste en identificar los factores psicosociales implicados en la adherencia a las prescripciones médicas en cuanto a toma de medicación, dieta y ejercicio físico en pacientes con diabetes, hipertensión, dislipemias y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

La muestra del estudio estuvo formada por 100 individuos, de los cuales un 52 por ciento eran pacientes hipertensos, un 20 por ciento diabéticos y un 28 por ciento sufrían ambas enfermedades crónicas. El 74 por ciento de los participantes en el estudio eran mujeres y el 26 por ciento hombres, con edades comprendidas entre los 24 y 67 años. El instrumento de recogida de información utilizado fue una entrevista estructurada compuesta por diversas escalas diseñadas para la medición de las variables incluidas en el marco teórico anteriormente descrito. La adherencia al tratamiento fue evaluada mediante dos medidas: *a*) una adaptación del test de Haynes-Sackett, compuesto de dos ítems, y *b*) una escala formada por seis ítems, cuatro de los cuales corresponden al test de Morinsky-Green (Morinsky, Green y Levine, 1986), y dos exploran el seguimiento de las recomendaciones médicas en cuanto a dieta y ejercicio físico, planteados *ad hoc*.

El análisis descriptivo de los datos reveló que un 96 por ciento de los pacientes manifiestan haber incumplido en alguna ocasión las recomendaciones de su médico en cuanto a toma de medicación, dieta y ejercicio físico. Pese a ello, el 83 por ciento dice no haber olvidado tomar su medicación en ninguna ocasión durante los últimos siete días, el 6 por ciento dice haber olvidado una toma, el 5 por ciento dos tomas, y el 2 por ciento admite haber olvidado tomar su medicación en siete ocasiones durante dicho periodo de tiempo. Por su parte, la escala de Morinsky-Green muestra una adherencia elevada en lo que se refiere a la toma de medicación, con una media de 4.49 (d.t. = 0.58) sobre un máximo de cinco. El seguimiento de las recomendaciones médicas en cuanto a dieta y ejercicio físico es algo menor, con valores promedio de ~ 3.46 (d.t. = 1.09) y ~ 3.21 (d.t. = 1.22), respectivamente. Las razones más frecuentemente referidas para incumplir el tratamiento son el esfuerzo, los cambios en la rutina diaria, y la pereza, mencionadas por porcentajes superiores al 25 por ciento de los entrevistados. Porcentajes comprendidos entre el 10 y el 20 por ciento de la muestra mencionan la larga duración, la complejidad, el olvido y el coste económico como razones frecuentes de incumplimiento. Por último, un 9 por ciento de los pacientes hacen referencia a los efectos secundarios como posible motivo de no adherencia a las prescripciones médicas.

Con objeto de identificar las variables predictoras de la adherencia al tratamiento en la muestra objeto de estudio, se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple mediante el procedimiento *stepwise*. La variable dependiente empleada fue la puntuación media obtenida en la escala de adherencia anteriormente descrita. Como variables independientes se incluyeron las variables psicosociales consideradas en el modelo teórico propuesto y las variables sociodemográficas sexo, edad y nivel de estudios. El análisis preliminar de correlaciones bivariadas muestra la existencia de una relación negativa significativa entre la adherencia al tratamiento y barreras percibidas específicas como el olvido ($r = -.41$, $p = .000$), la pereza ($r = -.37$, $p = .000$), el esfuerzo ($r = -.34$, $p = .001$) y los cambios en la rutina diaria ($r = -.22$, $p = .029$). Asimismo, se observa una relación positiva significativa entre el grado de cumplimiento terapéutico y la autoeficacia percibida ($r = .40$, $p = .000$).

En la Tabla 3.1 se presentan los resultados correspondientes al análisis de regresión múltiple, en el cual las variables predictoras de la adherencia al tratamiento son las barreras percibidas en cuanto a esfuerzo y olvido, la vulnerabilidad personal percibida (a pesar de que esta variable no mostraba una correlación significativa con la medida de adherencia, por lo que su aparición en la ecuación de regresión puede deberse más bien a un artefacto estadístico) y la autoeficacia percibida. Estas variables explican un 38 por ciento de la varianza total. De este modo, los resultados confirman parcialmente el Modelo de Creencias de Salud ampliado por Strecher y Rosenstock (1997). Las creencias específicas sobre la medicación, el apoyo social percibido y la relación médico-paciente no resultan ser predictores significativos de la adherencia al tratamiento en la muestra de pacientes participantes en el estudio. Dado que los resultados descritos corresponden a un análisis preliminar de datos con una muestra reducida de enfermos crónicos dentro de un proyecto de investigación más ambicioso que

actualmente se encuentra en fase de desarrollo, éstos deben ser interpretados con cautela, y es imprescindible ampliar la muestra a un mayor número de pacientes con diferentes enfermedades crónicas.

TABLA 3.1. VARIABLES PREDICTORAS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Variables predictoras	Beta	t	p	Tolerancia	FIV	R2 corregida	F	p
<i>Barreras percibidas: esfuerzo</i>	-.27	-2,60	.011	.76	1,32	0,17	16,19	0,000
<i>Barreras percibidas: olvido</i>	-.40	-4,06	.000	.86	1,16	0,26	14,08	0,000
<i>Vulnerabilidad percibida</i>	.29	3,04	.003	.89	1,13	0,34	14,12	0,000
<i>Auto-eficacia percibida</i>	.3	2,27	.026	.79	1,26	0,38	12,49	0,000

5. DISEÑO DE UN PROGRAMA MULTICOMPONENTE DIRIGIDO AL INCREMENTO DE LA ADHERENCIA EN PACIENTES CRÓNICOS

Como ya se ha constatado a lo largo del capítulo, los programas comprensivos que combinan distintos componentes cognitivos, conductuales y afectivos se han mostrado como la estrategia más eficaz para incrementar la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos (Haynes *et al.*, 2002). El presente programa se sustenta, además, en los supuestos teóricos asumidos por el Modelo de Creencias de Salud en su versión ampliada (Strecher y Rosenstock, 1997), y dirige sus acciones a intervenir sobre los seis componentes básicos que lo conforman: vulnerabilidad percibida, gravedad percibida, beneficios, barreras, claves para la acción, y auto-eficacia percibida. Al margen de éstos, el programa incorpora otros dos componentes básicos: apoyo social y relación profesional de la salud-paciente.

La propuesta que presentamos no está adaptada específicamente a una enfermedad crónica, sino que se trata de una intervención general que, al tomar como base el MCS, puede ser útil para promover cualquier conducta de salud. Las diferencias para cada paciente y tipo de enfermedad vendrán únicamente dadas por el contenido informativo que se dispensará en el módulo formativo, pero no por los factores a considerar. Por otro lado, y a pesar de que asumimos la importancia de los distintos actores implicados en el proceso de adherencia (además de los propios pacientes, los profesionales de la salud pueden jugar un papel fundamental en su conducta), las dificultades añadidas de su inclusión en el programa hace que nos centremos en los pacientes y en sus allegados más cercanos como los receptores únicos de nuestra intervención.

Para el desarrollo del programa se han seguido las fases clásicas de toda intervención, y que aparecen detalladas en el Capítulo 2 del presente manual; a saber: identificación del problema, análisis de necesidades, determinación (diseño) del programa de intervención (objetivos, contenidos, planificación de acciones, estrategias de intervención), selección de los participantes y evaluación. Dado que las dos primeras fases (la identificación del problema a través de la revisión de la literatura y la investigación previa, y el análisis de necesidades percibidas mediante la evaluación efectuada a los pacientes participantes en el estudio citado) ya han sido desarrolladas en los apartados anteriores, comenzaremos por detallar los objetivos de la intervención.

5.1. Objetivos del programa

El propósito último de la intervención que se presenta en estas páginas descansa en el incremento de la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos, entendiendo por adherencia el seguimiento de las recomendaciones

médicas en materia de tratamiento farmacológico y cambio en los hábitos de vida (en especial dieta y ejercicio físico). De acuerdo con el MCS, los objetivos específicos del programa se dirigen a:

1. Erradicar creencias erróneas sobre la enfermedad y sobre el tratamiento (modificar la percepción subjetiva de severidad, la percepción de invulnerabilidad a la enfermedad y las consecuencias derivadas de ella).
2. Mostrar los beneficios percibidos de seguir el tratamiento.
3. Reducir las barreras reales y/o modificar las barreras percibidas para seguir las prescripciones médicas.
4. Incrementar la autoeficacia en el manejo de las conductas de salud.
5. Proporcionar ciertas claves para la acción.

Además, la inclusión de otras dos variables implicadas en la conducta de adherencia permite formular dos nuevos objetivos:

6. Proporcionar el suficiente y adecuado apoyo social (emocional, instrumental e informativo) proveniente de distintas fuentes (familiares, grupo de apoyo, círculo de amigos, profesionales sanitarios, etc.).
7. Proveer al paciente de determinadas estrategias encaminadas a favorecer la relación con el profesional de la salud.

Al margen de los objetivos reseñados, cada módulo de intervención requiere del cumplimiento de otra serie de objetivos más concretos que se pretenden alcanzar con las distintas sesiones del programa. El apartado siguiente recoge de forma exhaustiva cada uno de ellos.

5.2. Módulos de intervención: contenidos específicos y factores a modificar

El Cuadro 3.2 recoge, a modo de síntesis, los tres módulos de intervención en los que se divide el programa, las variables a modificar y las estrategias interventivas utilizadas en cada caso. Pasamos a desarrollar cada uno de dichos módulos.

Módulo de educación en salud

Su objetivo es formar e informar a los participantes en el programa acerca de la enfermedad crónica que padecen y su tratamiento, eliminar las creencias erróneas, proporcionar habilidades para el manejo de su conducta de adherencia (autoeficacia) y proveer de destrezas para el cambio en sus estilos de vida. Para una parte importante de este módulo (en especial, en lo relacionado con la enfermedad y el tratamiento), se cuenta con la participación de un profesional de la salud. Este módulo se desarrolla a lo largo de las tres primeras sesiones del programa (véase Cuadro 3.3) y las variables específicas a manejar son, especialmente, las creencias erróneas que los pacientes tienen acerca su enfermedad, su percepción de invulnerabilidad, gravedad percibida de la enfermedad, barreras para el tratamiento y beneficios percibidos de su seguimiento. En concreto, los factores sobre los que se interviene son los siguientes:

Creencias erróneas sobre la enfermedad y sobre el tratamiento

En múltiples ocasiones, los enfermos crónicos no disponen de la suficiente información (o ésta es inadecuada) acerca de su enfermedad. A través de una clase inicial de orientación se describe la enfermedad, los factores de riesgo, los síntomas asociados, la forma de controlarlos y las estrategias generales para prevenir empeoramientos o recaídas. La información presentada se complementa con material de apoyo por escrito que se facilita a los participantes en el programa.

También los factores ligados al tratamiento pueden limitar la adherencia terapéutica. Aunque nuestro programa no puede incidir directamente sobre algunas variables relacionadas con la complejidad, duración o dosificación de la medicación, se solicita la colaboración de los médicos para que intenten, en la medida de lo posible, reducir o simplificar al máximo la medicación, y establecer pautas de modificación de conductas de salud no demasiado exigentes en cuanto a dieta y ejercicio físico, que permitan una adaptación paulatina del estilo de vida del paciente.

CUADRO 3.2. MÓDULOS DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA PARA EL INCREMENTO DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CRÓNICOS (PIATPAC)

MÓDULO DE INTERVENCIÓN	VARIABLES	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN
EDUCACIÓN EN SALUD	CREENCIAS ERRÓNEAS: <ul style="list-style-type: none"> • Creencias sobre la enfermedad. • Creencias sobre el tratamiento. • Invulnerabilidad. • Gravedad percibida. • Barreras. • Beneficios percibidos de seguir el tratamiento. 	ESTRATEGIA COGNITIVA (información sobre la enfermedad, su tratamiento; discusiones grupales sobre creencias erróneas, beneficios percibidos y listado de barreras para seguir el tratamiento).
	AUTOEFICACIA PERCIBIDA	ESTRATEGIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (recomendaciones y ayudas técnicas; ejecución personal mediante role-playing y feedback, modelado, persuasión e interpretación de los síntomas corporales y psicológicos).
	DIETA Y EJERCICIO FÍSICO	ESTRATEGIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (información sobre alimentación y realización de ejercicio físico; beneficios de estas conductas; cumplimentación de auto-registro).
APOYO SOCIAL	APOYO SOCIAL <ul style="list-style-type: none"> • Informativo. • Emocional. • Instrumental. 	ESTRATEGIA CONDUCTUAL Y AFECTIVA: GRUPOS DE APOYO
ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES	COMUNICACIÓN Y RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación verbal y no verbal. • Formular preguntas. • Expresar opiniones. • Reclamar información. • Asertividad. • Colaboración en la elección y forma del tratamiento. 	ESTRATEGIA CONDUCTUAL (role-playing, modelado, instrucciones, feedback, refuerzo).

El programa incide directamente sobre las creencias irracionales relacionadas con la medicación y sus efectos (costes percibidos o barreras); así, se proporciona información detallada y exhaustiva acerca de la eficacia del tratamiento, sus potenciales efectos secundarios, el necesario cambio en los estilos de vida, etc., y se muestran los beneficios de tomar la medicación, seguir una dieta y cumplir con las recomendaciones sobre ejercicio físico (*beneficios percibidos*).

Previo a las sesiones formativas, se analizan las creencias que los participantes tienen acerca de su enfermedad, del tratamiento que siguen, las barreras con las que se encuentran para adherirse al tratamiento y los beneficios percibidos de seguir las recomendaciones médicas.

Gravedad percibida

Una razón habitual manejada para justificar el incumplimiento hace referencia al desconocimiento de la severidad de la enfermedad, e incluso a la creencia errónea de que la enfermedad crónica que se padece no es grave. Para demostrar la severidad de cada una de las enfermedades crónicas, el programa incorpora una charla informativa y se presentan las consecuencias negativas que pueden llegar a provocar (a través de casos concretos). Se hace especial hincapié en el impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida cuando aquélla se convierte en una enfermedad grave, y las limitaciones que puede acarrear: dependencia de otros, depresión y ansiedad asociada, baja autoestima, etc. Al igual que en el caso anterior, se analizan previamente las creencias que los participantes tienen acerca de la gravedad de su enfermedad.

Otro factor que limita la adherencia al tratamiento es la baja susceptibilidad o vulnerabilidad percibida por los enfermos, apoyándose en la falsa creencia de que las consecuencias negativas de la enfermedad sólo pueden acontecerle a los demás. Esta *ilusión de invulnerabilidad* ha sido definida como un optimismo exagerado mediante el cual las personas creen tener menos probabilidades de sufrir consecuencias negativas que sus semejantes, lo que justificaría la realización de conductas de riesgo aun a sabiendas de su peligrosidad, pues los efectos nocivos para la salud sólo se producirían en los otros y no en uno mismo (Weinstein, 1989).

Para luchar contra la baja vulnerabilidad percibida, existe la creencia de que contra las enfermedades crónicas no se puede hacer nada y/o que todas afectan sólo a las personas mayores. Según el MCS, las personas que no son susceptibles de padecer una enfermedad es más probable que no lleven a cabo acciones positivas encaminadas a la prevención de la enfermedad o la promoción de la salud en general (Becker y Rosenstock, 1984). Para incrementar la vulnerabilidad percibida se presentan, a través de medios audiovisuales, las consecuencias de algunas de las enfermedades en una persona mayor y en una persona joven. Se incluyen también datos actualizados sobre la prevalencia de enfermedades como diabetes, hipertensión u otras en población joven y adulta.

Autoeficacia percibida

La autoeficacia se refiere a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar determinados cursos de acción; en nuestro caso concreto, para llevar a cabo la conducta de adherencia. En este sentido, al margen de dar una serie de recomendaciones acerca de la mejor manera de seguir el tratamiento o proporcionar una serie de ayudas técnicas (autorregistros, calendarios, dosificadores de medicación, etc.) que actúan a modo de *claves para la acción* (según el MCS), se utilizan estrategias cognitivo-conductuales en las que se incluyen las cuatro formas fundamentales de incrementar la autoeficacia: la propia ejecución (experiencias de éxito), el modelado (ejemplos de otros enfermos crónicos, o de los propios miembros del grupo), la persuasión (a través del refuerzo del monitor y de los iguales), y la adecuada interpretación de los síntomas físicos (se insiste en la información ya proporcionada sobre las creencias erróneas de la enfermedad). Además, otra estrategia para incrementar la autoeficacia y las respuestas de adaptación ante la enfermedad es a través de la provisión de apoyo social, aspecto éste que será tratado en el módulo correspondiente. Para ello, nos ayudamos de sesiones de

role-playing, feedback y refuerzos verbales según se progresa en el proceso de adherencia. Previamente se presenta un ejemplo de respuestas eficaces de afrontamiento de la enfermedad (como, por ejemplo, el momento del día en que debe medirse la HTA en el caso de hipertensos o la glucosa en los diabéticos, la forma de hacerlo, cómo registrarlo, etc.), para hacerles ver que ellos también tienen las habilidades necesarias para actuar de la misma forma.

Dieta y ejercicio físico

La conducta de adherencia no implica únicamente el seguimiento estricto de la medicación; en la mayoría de enfermedades crónicas supone también un cambio en los estilos de vida de los pacientes, sobre todo en lo que tiene que ver con la dieta y la realización de ejercicio físico. De hecho, los mayores inconvenientes que manifiestan tener los pacientes para seguir las recomendaciones médicas hacen referencia precisamente a estas dos últimas conductas, argumentando que suponen mucho esfuerzo, les da pereza o suponen un cambio importante en su rutina diaria (Pozo, Alonso Morillejo y Hernández, 2005).

Por ese motivo, para incrementar la adherencia a estas conductas de salud, se ha diseñado una sesión informativa en la que se recogen las principales recomendaciones en cuanto a los alimentos más idóneos para cada tipo de enfermedad, se enseñan estrategias para el control del peso y se proporcionan pautas para evitar la aparición de otro tipo de enfermedades. Igualmente se proporciona una guía con sencillos ejercicios físicos para las distintas enfermedades.

En sesiones grupales se discuten los beneficios de seguir la dieta y de realizar ejercicio regularmente, se habla de los «mitos» y realidades sobre la práctica de deporte y se potencia la eliminación de creencias erróneas. Se facilita a los participantes auto-registros semanales en los que deben anotar las pautas de conducta referidas (alimentación y ejercicio).

Módulo de apoyo social

El apoyo social (tanto formal como informal), del que se hablará profusamente en el Capítulo 11, es un importante recurso para las personas que padecen una enfermedad crónica. Los enfermos que dicen tener unas adecuadas relaciones sociales presentan un mejor ajuste a la enfermedad y una más rápida recuperación, llegando en algunos casos a argumentarse que el papel del apoyo social produce unos efectos tan beneficiosos como seguir de forma estricta la medicación (Cohen, Underwood y Gottlieb, 2000). Numerosos estudios han mostrado cómo el apoyo social afecta al desarrollo de conductas de salud, en general, y al seguimiento de las prescripciones médicas, en particular. Sin embargo, la mera presencia de vínculos interpersonales no resulta suficiente; es imprescindible la movilización y el intercambio efectivo de recursos a través de diversas acciones de ayuda para que el apoyo social incida de forma positiva sobre el adecuado seguimiento de las recomendaciones médicas. La literatura también refleja el éxito de programas centrados en los grupos de apoyo como medio para promover el intercambio de experiencias relacionadas con la enfermedad y su tratamiento, la comprensión de la información médica o la responsabilidad de los pacientes en su conducta de auto-cuidado. Por otra parte, el modelo de especificidad del apoyo resulta particularmente relevante a la hora de diseñar estrategias encaminadas a favorecer la relación entre apoyo social y adherencia al tratamiento, asumiendo que la efectividad de la ayuda dependerá en gran medida de su grado de ajuste a las necesidades de cada paciente.

Este módulo tiene, pues, como objetivo optimizar el apoyo social en sus tres vertientes (emocional, instrumental e informativo) y proveniente de distintas fuentes: grupo de iguales (pacientes con la misma enfermedad crónica que participan en el programa), familiares o allegados más cercanos (se cuenta con la colaboración de un allegado por cada paciente) y profesionales de la salud (aunque no se trabaja directamente sobre estos profesionales, en el módulo de habilidades sociales se entrena a los pacientes para obtener ayuda de su médico de familia, enfermero/a o farmacéutico). Cada una de estas fuentes proporcionará distintos tipos de apoyo adaptado

a cada situación específica. El contenido de este módulo se distribuye a lo largo de las sesiones 4ª, 5ª y 6ª (véase Cuadro 3.3). En concreto, los objetivos específicos de este módulo se pueden sintetizar en los siguientes:

1. Crear un *grupo de apoyo* cuyo objetivo es fomentar el manejo emocional de la enfermedad, ofrecer guía, consejo e información sobre la enfermedad y sobre la mejor manera de afrontar los problemas asociados a la misma, y ofrecer feedback sobre la propia conducta de adherencia.
2. Potenciar la red de relaciones sociales entre los propios miembros del grupo y con el entorno más cercano, quienes proveerán del apoyo emocional necesario.
3. Fomentar la participación del familiar más cercano (cónyuge, hijo/a, padre/madre), que actuará a modo de colaborador y como ayuda en la conducta de salud (recuerdo de las tomas de medicación, compañero de paseos, colaborador en la dieta, etc.).

Los grupos de apoyo han sido ampliamente utilizados en programas de intervención dirigidos a pacientes crónicos, ya que, al compartir los miembros del grupo las mismas preocupaciones y experiencias, se crea un vínculo especial entre ellos y surgen nuevas redes sociales. Además, sirven como base para el aprendizaje de nuevas formas de solucionar los problemas, enfrentarse a las crisis y disponer de una gran variedad de modelos de conducta (Barrón, 1996; Cohen *et al.*, 2000). Este tipo de estrategia ayuda a que los participantes aprendan cómo otros han solventado sus mismos problemas, y son una oportunidad para expresar sus sentimientos en relación al padecimiento de la enfermedad. Además, pueden satisfacer las necesidades de apoyo que no son cubiertas por familiares o amigos, o simplemente actúan como una fuente de apoyo adicional. Una ventaja más de este tipo de estrategia es que los pacientes, al sentirse integrados dentro de un grupo con su misma problemática, abandonan en menor medida el programa de intervención.

En lo que respecta específicamente a la conducta de adherencia, los grupos de apoyo permiten a los individuos que los integran desarrollar habilidades específicas para incrementar su autoeficacia percibida y, en definitiva, para adherirse con mayor facilidad al tratamiento. Estos grupos pueden estimular la conducta de adherencia por varias razones (Taylor, 2006):

1. Las personas se comprometen a cambiar su conducta delante de otros, lo que les fuerza a seguir adelante con su decisión.
2. Al interactuar con otros, los participantes aprenden nuevas técnicas que otros ya han utilizado con éxito para mantener la adherencia (por ejemplo, algún sistema de recuerdo o regla nemotécnica para tomar la medicación a su hora).
3. El apoyo emocional y el estímulo (a través de refuerzos y feedback) que el resto del grupo proporciona alientan el cambio de conducta e incrementan la adherencia.

Módulo de entrenamiento en habilidades sociales

El último módulo del programa está dirigido a facilitar una mejor relación entre el profesional de la salud y el paciente. Para ello se van a trabajar los dos aspectos fundamentales que intervienen en dicha relación: de un lado, el estilo de interacción que adopten los pacientes ante el profesional, y de otro, la comunicación que se establece entre ellos. Ambas variables parecen ser determinantes clave en el proceso de adherencia y, en general, en el desarrollo de conductas de salud por parte de los enfermos crónicos (Scopp, 2000; Stewart, 1996); las relaciones más eficaces están caracterizadas por un clima en el que las distintas alternativas terapéuticas son exploradas, los tratamientos son negociados entre ambas partes, se planifica el seguimiento terapéutico, y se discuten las ventajas e inconvenientes de la adherencia (Sarafino, 2006).

En general, las intervenciones dirigidas a los pacientes para favorecer su relación con los profesionales sanitarios deben incluir la enseñanza y entrenamiento de habilidades sociales para facilitar la información necesaria que conduzca a un adecuado seguimiento de las prescripciones de salud. Por ese motivo, este módulo está especialmente vinculado con el de apoyo social detallado previamente, actuando los profesionales de la salud como un recurso formal más o fuente de apoyo de tipo informativo. De forma más concreta, los contenidos específicos de las dos últimas sesiones pueden sintetizarse en los siguientes:

1. *Entrenamiento en asertividad*: expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos u opiniones sin violar los derechos de los demás, etc.
2. *Entrenamiento en habilidades de comunicación*: comunicación verbal y no verbal, formular preguntas, reclamar más información, etc.
3. *Entrenamiento en habilidades sociales*: fomentar su papel activo en el proceso de salud, rol de paciente como colaborador en la elección del tratamiento, etc.

Una descripción más detallada de las acciones que componen este módulo se presenta en el apartado relativo a la distribución de los contenidos a lo largo de las sesiones de intervención.

5.3. Estrategias de intervención

A lo largo de las sesiones se utilizan tres tipos de estrategias básicas de intervención, que se van combinando para incidir en los distintos componentes o factores que integran los módulos de tratamiento del programa (véase Cuadro 3.3). Éstas son:

1. *Estrategias cognitivas*. Su propósito es enseñar, clarificar e instruir a los pacientes sobre la enfermedad crónica que padecen, las ventajas del tratamiento, incluyendo tanto los beneficios de la medicación como los derivados de un cambio en los estilos de vida, etc.
2. *Estrategias conductuales* dirigidas a modificar determinados comportamientos, reforzar otros, cambiar hábitos y estilos de interacción. En nuestro programa la estrategia conductual será útil, por ejemplo, para el entrenamiento en habilidades sociales del paciente, los cambios en la dieta y en la realización de ejercicio físico, o la utilización de sistemas para el recuerdo de las tomas de medicación.
3. *Estrategias afectivas* dirigidas principalmente a optimizar el apoyo social a través de grupos de apoyo que fomenten el manejo emocional de la enfermedad, proporcionen guía o consejo sobre cómo abordar los problemas, y ofrezcan feedback sobre la propia conducta de adherencia.

5.4. Planificación de las acciones: sesiones de intervención

Un problema común a las distintas intervenciones lo constituye las barreras que los pacientes presentan a la hora de participar en un programa y de continuar en él hasta su finalización; entre los inconvenientes más usuales están la falta de tiempo, el acceso al lugar en el que se desarrolla el programa, el coste del mismo, etc. Por este motivo, es necesario plantear una intervención sencilla que elimine ese tipo de barreras y permita que el seguimiento del programa sea completo.

Para ello se ha planificado un programa compuesto de sólo ocho sesiones, con disponibilidad de turnos (mañana o tarde), a realizar en su propio centro de salud, con sesiones grupales de una hora y media de duración, y sin coste económico alguno para el paciente. La distribución de los contenidos en cada una de las sesiones

aparece reflejada en el Cuadro 3.3. Una vez finalizado el programa se llevará a cabo una sesión post-tratamiento para evaluar a los participantes en las mismas variables que se analizaron previamente a la intervención (véase epígrafe 5.6 donde se detallan los indicadores de evaluación).

CUADRO 3.3. DISTRIBUCIÓN DE LAS ACCIONES A LO LARGO DE LAS SESIONES DE TRATAMIENTO

SESIÓN	FACTORES	ACCIONES
1ª SESIÓN	CREENCIAS IRRACIONALES (I) (véase ejemplo en el Cuadro 3.4)	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación del programa y de los participantes en el grupo. - Entrega de documentación adicional. - Expectativas de los miembros del grupo con respecto al programa. - Barreras a la adherencia. - Creencias irracionales sobre la enfermedad. - Creencias irracionales sobre el tratamiento. - Contenido informativo: la enfermedad y su tratamiento farmacológico. - Tareas a realizar en casa: auto-registro semanal de medicación.
2ª SESIÓN	CREENCIAS IRRACIONALES (II) AUTOEFICACIA PERCIBIDA (I)	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación de los contenidos de la sesión. - Revisión del auto-registro semanal. - Charla informativa y vídeo sobre gravedad y vulnerabilidad percibidas: consecuencias y limitaciones que provoca la enfermedad. Datos de prevalencia de enfermedad en población joven y adulta. - Recomendaciones para seguir el tratamiento correctamente. Ejemplos de respuestas eficaces de afrontamiento de la enfermedad. - <i>1ª estrategia de autoeficacia</i>: la propia ejecución (establecimiento de metas mínimas y a corto plazo). Discusión grupal sobre la experiencia personal en la semana previa. Refuerzo de logros. - <i>2ª estrategia de autoeficacia</i>: el modelado. Discusión grupal: ¿qué miembro del grupo actúa como modelo? Role-playing y feedback - Tareas para casa: auto-registro semanal de medicación.
3ª SESIÓN	AUTOEFICACIA PERCIBIDA (II) DIETA Y EJERCICIO FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación de los contenidos de la sesión. - <i>3ª estrategia de autoeficacia</i>: la persuasión. A través de la revisión de auto-registros el monitor refuerza las conductas adecuadas. - <i>4ª estrategia de auto-eficacia</i>: la interpretación de los síntomas. Discusión grupal: ¿cómo interpretar y controlar los síntomas físicos y psicológicos? - <i>Sesión informativa</i>: alimentos más idóneos para cada tipo de enfermedad, estrategias de control del peso; la práctica de ejercicio físico, ejercicios más idóneos para cada enfermedad. - <i>Discusión grupal</i>: mitos y realidades sobre la práctica del deporte. Beneficios de seguir unos estilos de vida sanos. - <i>Tareas para casa</i>: auto-registro de medicación y auto-registro de ejercicio físico y alimentación.
4ª SESIÓN	APOYO SOCIAL (I) (véase ejemplo en el Cuadro 3.4)	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación de los contenidos de la sesión. - Revisión de auto-registros.

CUADRO 3.3. DISTRIBUCIÓN DE LAS ACCIONES A LO LARGO DE LAS SESIONES DE TRATAMIENTO (Cont.)

SESIÓN	FACTORES	ACCIONES
4ª SESIÓN	APOYO SOCIAL (I) (véase ejemplo en el Cuadro 3.4)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Actividad 1.</i> Identificación de la red personal de apoyo: definición de red social, personas que conforman la red, funciones de la red social de apoyo. - <i>Actividad 2.</i> Tipos y fuentes de apoyo social: definición de apoyo social, quiénes pueden proporcionar apoyo en la conducta de adherencia, qué tipo de apoyo puede proporcionar cada fuente y en qué situación concreta. Los participantes como grupo de apoyo. - <i>Tareas para casa:</i> auto-registros y elaboración de tabla sobre apoyo.
5ª SESIÓN	APOYO SOCIAL (II)	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación de los contenidos de la sesión. - Revisión y discusión de las tareas encomendadas para casa. - <i>Actividad 1.</i> Apoyo informativo: ¿cómo solicitar la información requerida? Papel del profesional (médico, enfermero, farmacéutico) en la provisión de apoyo informativo. - <i>Actividad 2.</i> Reciprocidad o ¿cómo proporcionar apoyo a los demás miembros del grupo?: qué significa reciprocidad de apoyo. Escuchar activamente (apoyo emocional), entrenamiento mediante role-playing (feedback del resto del grupo y refuerzos). - <i>Tareas para casa:</i> cumplimentación de auto-registros de toma de medicación, alimentación y ejercicio físico.
6ª SESIÓN	APOYO SOCIAL (III)	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación de los contenidos de la sesión. - Presentación de los allegados invitados a participar en esta sesión - Revisión de los auto-registros. - <i>Actividad 1.</i> Discusión grupal (de pacientes y sus familiares): ¿qué ayuda concreta brindan los familiares o allegados invitados a esta sesión?, ¿qué tipo de apoyo proporcionan? (emocional, instrumental, informativo), ¿cómo podrían proporcionar más ayuda en la conducta de adherencia?, ¿qué barreras encuentran? - <i>Actividad 2.</i> Recomendaciones sobre la colaboración de los familiares para facilitar la conducta de adherencia. - <i>Charla informativa:</i> recursos formales de apoyo. ¿Cómo acceder a información relevante para la conducta de adherencia? Habilidades y estrategias necesarias para la búsqueda de apoyo. - <i>Tareas para casa:</i> cumplimentación de auto-registros de toma de medicación, alimentación y ejercicio físico.
7ª SESIÓN	HABILIDADES SOCIALES Y DE COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación de los contenidos de la sesión. - Revisión de auto-registros. - Charla informativa: habilidades de comunicación. - <i>Actividad 1.</i> Entrenamiento en habilidades de comunicación verbal: empleo de la escucha activa, preguntar con eficacia, refuerzos verbales, reconocer los logros de los demás, etc. (Utilización de role-playing, modelado y refuerzos.)

CUADRO 3.3. DISTRIBUCIÓN DE LAS ACCIONES A LO LARGO DE LAS SESIONES DE TRATAMIENTO (Cont.)

SESIÓN	FACTORES	ACCIONES
7ª SESIÓN	HABILIDADES SOCIALES Y DE COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Actividad 2.</i> Entrenamiento en habilidades de comunicación no verbal: empatía, contacto ocular, postura, refuerzos no verbales (con y sin contenido semántico), latencias, etc. (utilización de role-playing, modelado y refuerzos). - <i>Tareas para casa:</i> cumplimentación de auto-registros de toma de medicación, alimentación y ejercicio físico.
8ª SESIÓN	HABILIDADES SOCIALES Y DE COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación de los contenidos de la sesión. - Revisión de auto-registros. - Charla informativa: las habilidades sociales y asertividad. - <i>Actividad 1.</i> Entrenamiento en habilidades sociales: hacer cumplidos, realizar peticiones, iniciar y mantener conversaciones, solicitar consejo, ayuda, información o apoyo, ofrecer apoyo, etc. (Utilización de role-playing, modelado y refuerzos.) - <i>Actividad 2.</i> Entrenamiento en conducta asertiva. Reclamar los derechos personales, las necesidades y las opiniones, expresión de sentimientos positivos y negativos, capacidad para decir «no», etc. (Utilización de role-playing, modelado y refuerzos.) - Repaso de lo desarrollado durante las sesiones previas. - Síntesis y recomendaciones finales. - Establecimiento de la sesión de evaluación post-tratamiento y cierre del programa.

Asimismo, se muestran, a modo de ejemplo, el desarrollo de las actividades de dos sesiones de tratamiento, concretamente de la primera, en la que se introduce el programa y se inicia la intervención sobre creencias irracionales, y de la cuarta sesión, en la que comienza el módulo de intervención sobre apoyo social (Cuadro 3.4).

CUADRO 3.4. EJEMPLO DE DOS SESIONES DE INTERVENCIÓN

PRIMERA SESIÓN (90 minutos)

1. Presentación, por parte del terapeuta del programa, aclarando los objetivos, de las acciones que se desarrollarán, su duración, la importancia de la asistencia a todas las sesiones, etc.
2. Entrega de la documentación necesaria para seguir las sesiones (manual con información complementaria y auto-registros).
3. Presentación de los miembros del grupo. *Actividad 1. «Romper el hielo»:* cada miembro del grupo explica las razones para participar en el programa y las expectativas que tiene.
4. Módulo de educación en salud:
 - a) Barreras a la adherencia. *Actividad 2. Grupo de discusión* mediante el que se detectan las barreras principales que perciben los participantes para seguir las recomendaciones de salud. Elaboración de un listado de potenciales barreras y discusión sobre cómo afrontarlas.
 - b) Creencias irracionales sobre la enfermedad y el tratamiento:
 - *Actividad 3. Mitos y realidades sobre la enfermedad y el tratamiento.* Discusión abierta para analizar las creencias de los pacientes sobre su enfermedad, efectos secundarios del tratamiento, etc.

CUADRO 3.4. EJEMPLO DE DOS SESIONES DE INTERVENCIÓN (*Continuación*)

➤ *Actividad 4. Charla informativa 1. «Descripción de la enfermedad»:* síntomas asociados, factores de riesgo, forma de controlar los síntomas, estrategias para prevenir recaídas o empeoramientos, etc. *Charla informativa 2. «La medicación»:* eficacia del tratamiento farmacológico, cómo actúa, potenciales efectos secundarios, beneficios de seguir el tratamiento farmacológico, etc.

5. Tareas a realizar hasta la próxima sesión: cumplimentación de auto-registro sobre toma de medicación.

CUARTA SESIÓN (90 minutos)

1. Presentación por parte del terapeuta de los contenidos de la sesión.

2. Revisión de los auto-registros sobre medicación, alimentación y ejercicio físico.

3. Módulo de apoyo social:

a) *Actividad 1. Charla informativa. El concepto de red social de apoyo:* conceptos de red social, personas que pueden conformar la red y funciones de la red social de apoyo.

b) *Actividad 2. Tarea individual y discusión grupal. Representación gráfica de la red social:* cada participante, una vez aclarado el concepto de red social, dibuja un círculo en el que representa su red de relaciones, incluyendo familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc. Posteriormente, se discute en grupo cada red y el tipo de relación que se mantiene con cada uno de los miembros de la misma (¿qué función desempeña cada elemento de la red?).

c) *Actividad 3. Charla informativa. Apoyo social, tipos y fuentes de apoyo:* definición de apoyo social, tipos de apoyo (emocional, instrumental e informativo) y fuentes de apoyo (familia, amigos, vecinos, profesionales de la salud, etc.). El concepto de grupo de apoyo: los miembros del grupo como «grupo de apoyo».

d) *Actividad 4. ¿Quiénes son las fuentes más idóneas para cada situación y tipo de apoyo requerido?* Se solicita a los participantes que describan una situación pasada en la que necesitaron ayuda: a quién se solicitó ayuda, qué tipo de apoyo específico proporcionó, cuál fue el resultado, y cuáles los sentimientos asociados.

e) *Actividad 5. Tarea para casa. Especificidad del apoyo:* se solicita a los participantes que elaboren en casa una tabla en la que se reflejen diferentes situaciones en las que pueden necesitar apoyo; asociadas a cada situación deben indicar el tipo de apoyo requerido y la fuente más adecuada para proporcionarlo. Esta tabla será discutida de forma grupal en la siguiente sesión.

4. Tareas a realizar hasta la próxima sesión: cumplimentación de auto-registros sobre conductas de adherencia y elaboración de tabla sobre apoyo social.

5.5. Selección de los participantes en el programa

Los participantes en la intervención se organizan en grupos de entre ocho y doce personas, formados por pacientes con la misma enfermedad crónica y contando con la participación, en una de las sesiones de intervención, de uno de sus allegados más cercanos (un familiar por paciente). La composición homogénea del grupo en lo que se refiere al tipo de enfermedad tiene como finalidad lograr el máximo grado de ajuste entre las acciones del programa y las necesidades específicas de cada colectivo de pacientes en función de las características de su enfermedad, el tratamiento a seguir en cuanto a medicación, dieta y ejercicio físico, y las dificultades para el cumplimiento de las recomendaciones médicas. La implicación de familiares próximos en una de las sesiones del programa (concretamente en la 6ª sesión en la que se trabaja el apoyo social) responde al reconocimiento del importante papel que éstos pueden desempeñar en el afrontamiento de la enfermedad crónica y en el seguimiento de las recomendaciones médicas por parte del paciente (Hernández *et al.*, 2005).

Por lo que respecta al tamaño del grupo, dado que las estrategias de intervención utilizadas requieren la participación activa en dinámicas grupales, no se aconseja trabajar con grupos demasiado grandes (exceso de información, inhibición de individuos menos extrovertidos, prolongación de las sesiones, pérdida de funcionalidad del grupo, etc.) ni demasiado pequeños (pobreza informativa, rigidez, etc.), tal como sugiere la literatura sobre grupos de discusión (Krueger, 1991) y grupos de apoyo (Cohen, Underwood y Gottlieb, 2000).

La difusión de información acerca del programa y la captación de potenciales usuarios se realizan a través de los profesionales sanitarios de atención primaria, y mediante carteles y folletos informativos en los centros de salud.

5.6. Indicadores de evaluación

Al margen de las sesiones de tratamiento descritas anteriormente, es necesario mantener dos citas más con los pacientes, una antes del inicio del programa para llevar a cabo la pre-evaluación, y otra una vez finalizado aquél con objeto de analizar los logros alcanzados. La evaluación de la eficacia del programa se llevará a cabo, por tanto, mediante diversas medidas de autoinforme, administradas a los pacientes en tres momentos de recogida de información: antes, durante y tras la finalización de la intervención:

1. Antes del programa se realizará una pre-evaluación de la adherencia al tratamiento y las variables psicosociales objeto de intervención, mediante entrevistas estructuradas. Las escalas que conforman dicha entrevista se detallan en el Cuadro 3.5.
2. Durante el programa, los pacientes cumplimentarán auto-registros semanales sobre toma de medicación, alimentos consumidos y ejercicio físico, con objeto de contar con medidas repetidas del cumplimiento terapéutico durante el desarrollo de la intervención. Se evaluarán igualmente otros logros alcanzados durante el desarrollo del programa, como los conocimientos adquiridos durante las sesiones informativas, las habilidades sociales aprendidas, etc.
3. Después de finalizar el programa, se realizarán de nuevo entrevistas estructuradas para la medida de la adherencia al tratamiento y de las variables psicosociales implicadas con el fin de examinar los cambios producidos tras la intervención, y concluir así acerca de la eficacia del programa (grado de consecución de los objetivos).

CUADRO 3.5. VARIABLES RECOGIDAS EN LA ENTREVISTA DE EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CRÓNICOS

Variables	Instrumento	Nº de ítems
Adherencia al tratamiento	- Adaptación del «Test Haynes-Sackett» (Sackett <i>et al.</i> , 1975).	2
	- «Test de Morinsky-Green» (Morinsky, Green y Levine, 1986).	4
	- Ítems <i>ad hoc</i> sobre adherencia a dieta y ejercicio físico.	2
Vulnerabilidad percibida	- Ítems <i>ad hoc</i> sobre probabilidad de padecer problemas de salud derivados del incumplimiento de las recomendaciones médicas en cuanto a toma de medicación, dieta y ejercicio físico.	3
Gravedad percibida	- Ítem <i>ad hoc</i> .	1
Beneficios percibidos	- Ítem <i>ad hoc</i> .	1
Barreras percibidas	- «Escala de razones de incumplimiento» (Pozo, Alonso Morillejo y Hernández, 2005; Pozo <i>et al.</i> , 2005b).	8

CUADRO 3.5. VARIABLES RECOGIDAS EN LA ENTREVISTA DE EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CRÓNICOS (Continuación)

VARIABLES	Instrumento	Nº de ítems
Claves internas para la acción	- Ítems <i>ad hoc</i> sobre dolor y síntomas.	2
Claves externas para la acción	- Ítems <i>ad hoc</i> sobre: <ul style="list-style-type: none"> - recuerdo del tratamiento por parte del médico, - exposición a contenidos relacionados con la enfermedad y el tratamiento en televisión o en la comunidad (folletos, carteles, etc.), - conversación en torno a la enfermedad y el tratamiento con profesionales sanitarios, amigos y/o familiares, - presencia de personas con la misma enfermedad crónica en la red social del paciente. 	8
Autoeficacia percibida	- Adaptación del «Cuestionario de autoeficacia en dolor crónico» (Martín Aragón <i>et al.</i> , 1999).	10
Creencias sobre la medicación	- «Cuestionario de creencias sobre la medicación» (Horne, Weinman y Hankins, 1999).	10
Apoyo social percibido en las relaciones con pareja, familiares y amigos	- «Escala de apoyo social percibido específico para la enfermedad» (Revenson <i>et al.</i> , 1991).	60
Relación médico-paciente	- «Escala de satisfacción con la relación médico-paciente» (Pozo <i>et al.</i> , 2005b).	31
Características de la enfermedad y el tratamiento	- Ítems <i>ad hoc</i> .	3
Variables sociodemográficas	- Ítems <i>ad hoc</i> .	7

6. CONCLUSIONES

A lo largo del presente capítulo se ha presentado el diseño de un programa de intervención dirigido a incrementar la conducta de adherencia en pacientes con enfermedades crónicas. En última instancia, el propósito perseguido con el programa no es otro que potenciar la calidad de vida entre este tipo de pacientes a través del fomento de conductas saludables. El padecimiento de una enfermedad crónica supone, en la mayoría de los casos, un cambio sustancial en los hábitos de vida, lo que requiere de la adquisición, por parte de estos enfermos, de una serie de habilidades y estrategias para hacer frente a la nueva situación. Entre los cambios que se producen está la necesidad de seguir un tratamiento farmacológico según las pautas establecidas por el profesional médico, controlar la dieta y realizar ejercicio físico de forma periódica y sistemática. Como se ha señalado de forma reiterada en páginas anteriores, existe un considerable número de personas que encuentran dificultades a la hora de seguir sus tratamientos, por lo que resulta de especial interés determinar las causas de dicha conducta problema e intervenir sobre los factores que la condicionan.

El programa presentado recoge las fases propias de toda planificación y diseño de intervenciones psicosociales (tal y como se recoge en el Capítulo 2), desde la identificación del problema y análisis de las necesidades hasta la fase del diseño de la evaluación. A modo de síntesis, se detallan a continuación una serie de recomendaciones dirigidas a todos aquellos profesionales que emprendan la labor de diseñar programas dirigidos a promover conductas saludables o, de forma más específica, a facilitar a los enfermos el seguimiento

de las recomendaciones dictadas por los profesionales de la salud. Un programa de estas características, al igual que el resto de programas de intervención social, debe estar teórica y empíricamente fundamentado y cumplir con una serie de condiciones mínimas que garanticen su replicabilidad; para ello es necesario:

1. *Identificar el problema de forma clara y exhaustiva*, analizando sus antecedentes, los factores implicados en su aparición y las posibles vías de solución. Esta fase es el elemento básico de partida del ciclo de intervención social y guiará el desarrollo de las actuaciones que conformen el programa. Para cumplir adecuadamente con este propósito es recomendable recurrir a investigaciones previas, partir de un marco teórico que consiga aunar de forma integrada las variables implicadas en el problema, y delimitar de la forma más precisa posible la conducta problema, en nuestro caso, la conducta de adherencia.
2. *Analizar las necesidades percibidas o expresadas de la población afectada por el problema*. Es decir, el programa debe partir de la existencia de un estado de «necesidad» que pretende ser solucionado a través de la intervención. Así, la evaluación de necesidades permitirá al planificador decidir acerca de la pertinencia del programa. En el desarrollo del presente capítulo, los resultados de un estudio previo presentados en el epígrafe 3.4.2. dan cuenta de las necesidades percibidas por los propios afectados, los pacientes crónicos.
3. *Determinar las metas y los objetivos a alcanzar* para llegar a resolver el problema inicialmente identificado. La consecución de los mismos será la demostración de que el programa ha sido eficaz en resolver el problema existente. Ahora bien, la formulación de los objetivos del programa debe cumplir con una serie de requisitos que faciliten su posterior evaluación; a saber: deben ser claros, específicos, factibles (realistas), medibles, adecuadamente temporalizados, no incompatibles entre sí, cuantificables y operativizados según las metas a alcanzar.
4. *Diseñar las acciones del programa en consonancia con los objetivos formulados y los recursos disponibles*. Es posible que cada objetivo del programa requiera de más de una acción, por lo que debemos hacer uso de un planteamiento realista a la hora de formular los objetivos y las acciones asociadas. Igualmente, las actividades del programa deben ser diseñadas de acuerdo a los medios con los que se cuenta (recursos materiales, humanos e infraestructuras), el tiempo disponible, y de forma que se garantice la accesibilidad y permanencia de los pacientes en el programa (número reducido de sesiones, horarios adaptados a sus necesidades, etc.).
5. *Desarrollar intervenciones multimodales y multicomponente*. En el caso de las conductas de salud, y más específicamente de la conducta de adherencia confluyen una amplia variedad de factores tanto en su génesis y mantenimiento, como en su ulterior modificación. Como se ha señalado a lo largo del capítulo, los programas multinivel son los que han dado hasta la fecha los mejores resultados. Por eso es recomendable la puesta en marcha de estrategias combinadas de intervención (programas multimodales o multimétodo), la actuación sobre todas las variables implicadas (programas multicomponente) dirigidos a los múltiples agentes implicados (pacientes, profesionales y allegados).
6. *Establecer de forma explícita los indicadores de medida de la eficacia del programa*. Aunque una evaluación integral requiere considerar tanto indicadores de proceso como de resultados que permitan emitir juicios de valor, al menos, acerca de la eficacia, efectividad, eficiencia, progreso o impacto de la intervención, en el caso del programa que se ha presentado tan sólo se han establecido indicadores de la eficacia parcial (auto-registros semanales y evaluación del progreso) y la eficacia final del programa. Éstos son los indicadores mínimos que todo programa de intervención debe fijar para determinar en qué medida se alcanzan sus objetivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. En J. Kuhl y J. Beckman (Eds.), *Action control: from cognition to behavior* (pp. 11-39). New York: Springer Verlag.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Education Monograph*, 2, 324-473.
- Becker, M. H. y Rosenstock, I. M. (1984). Compliance with medical advice. En A. Steptoe y A. Matthews (Eds.), *Health care and human behavior* (pp. 175-208). Londres: Academic Press.
- Cohen, S., Underwood, L. G. y Gottlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention. A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press.
- Conrad, P. (1985). The meaning of medications: another look at compliance. *Social Science Medicine*, 20, 29-37.
- Côté, J. K. y Godin, G. (2005). Efficacy of interventions in improving adherence to antiretroviral therapy. *International Journal of STD & AIDS*, 16, 335-343.
- DiMatteo, M. R., Giordani, P. J., Leeper, H. S., Croghan, T. W. (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes: A meta-analysis. *Medical Care*, 40, 794-811.
- DiMatteo, M. R., Hays, R. D., Gritz, E. R., Bastani, R., Crane, L. y Elashoff, R. (1993). Patient adherence to cancer control regimens: Scale development and initial validation. *Psychological Assessment*, 5, 102-112.
- Farmer, K. C. (1999). Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical Therapeutics*, 21, 1074-1090.
- Ferrer, V. A. (1995). "Adherencia a" o "cumplimiento de" prescripciones terapéuticas y de salud: Concepto y factores psicosociales implicados. *Revista de Psicología de la salud*, 7, 1, 35-61.
- Haynes, R. B. (2001). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medication. *Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 1*.
- Haynes, R. B., McDonald, H. P., Garg, A. X. y Montague, P. (2002). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database System Review*, 4, 1-63.
- Hays, R. D. y DiMatteo, M. R. (1987). Key issues and suggestions for patient compliance assessment: sources of information, focus of measures and nature of response options. *Journal of Compliance in Health Care*, 2, 37-53.
- Hernández, S., Pozo, C., Alonso Morillejo, E. y Pérez Alonso, E. (2005). Apoyo social y adherencia al tratamiento en pacientes crónicos. En J. Romay y R. García (Eds.), *Psicología Social y Problemas Sociales: Psicología de las Organizaciones, del Trabajo y Recursos Humanos y de la Salud* (pp. 505-511). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Hill-Briggs, F. (2003). Problem solving in diabetes self management: A model of chronic illness self-management behaviour. *Annals of Behavior Medicine*, 25, 182-193.
- Horne, R. y Weinman, J. (1998). Predicting treatment adherence: An overview of theoretical models. En L. Mayers y K. Midence (Eds.), *Adherence to treatment in medical conditions* (pp. 25-50). Londres: Harwood Academic.
- Horne, R., Weinman, J. y Hankins, M. (1999). The Beliefs about Medicines Questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health*, 14, 1-24.
- Krueger, R. A. (1991). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Síntesis.
- Lambert, B. L., Street, R. L. y Cegala, D. J. (1997). Provider-patient communication, patient-centered care, and the mangle of practice. *Health Community*, 9, 27-43.
- Lefevre, F. (2003). Special Report: Interventions to improve patient adherence with medications for chronic cardiovascular disorders. *Assessment Program*, 12, 1-32.
- Martín Aragón, M., Pastor, M. A., Rodríguez Marín, J., March, M. J., Lledó, A., López Roig, S. y Terol, M. C. (1999). Percepción de autoeficacia en dolor crónico: Adaptación y validación de la *Chronic Pain Self-Efficacy Scale*. *Revista de Psicología de la Salud*, 12, 75-91.
- McCaul, K. D., Glasgow, R. E. y Schafer, L. C. (1987). Diabetes regime behaviors: Predicting adherence. *Medical Care*, 25, 868-881.

- Morinsky, D. E., Green, L. W. y Levine, M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24, 67-74.
- Morrison, A. y Wertheimer, A. I. (2004). Compilation of quantitative overviews of studies of adherence. *Drug Information Journal*, 38, 197-210.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Ginebra: Autor.
- Pozo, C., Alonso Morillejo, E. y Hernández, S. (Eds.) (2004). *Teoría, Modelos y Métodos en Evaluación de programas*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Pozo, C., Alonso Morillejo, E. y Hernández, S. (2005). Beliefs and treatment compliance in chronic patients: An extension of the Health Beliefs Model. *9th European Congress of Psychology*, Granada.
- Pozo, C., Hernández, S. Alonso Morillejo, E., Cid, N., Martos, M. J. y Pérez, E. (2005a). Proposal of a multidimensional model to explain treatment adherence in chronic patients. *9th European Congress of Psychology* (Granada).
- Pozo, C., Hernández, S., Alonso Morillejo, E., Cid, N., Martos, M. J. y Pérez, E. (2005b). Cumplimiento terapéutico en pacientes crónicos. Variables psicosociales implicadas. *IX Congreso Nacional de Psicología Social* (A Coruña).
- Revenson, T. A., Schiaffino, K. M., Majerovitz, S. D. y Gibofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: The relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social Science and Medicine*, 33, 807-813.
- Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez Marín, J. (2004). Cumplimiento terapéutico del paciente y seguridad clínica. *Monografías Humanitas*, 8, 101-110.
- Rodríguez Marín, J. (2006). Cumplimiento de regímenes terapéuticos y calidad asistencial. *Revista Calidad Asistencial*, 2, 255-263.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the Health belief Model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Sackett, D. L., Haynes, R. B., Gibson, E. S., Hackett, B. C., Taylor, D. W., Roberts, R. S., et al. (1975). Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet*, 1, 1205-1207.
- Sarafino, E. P. (2006). *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions* (5^a Ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Schwarzer, R. y Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviours. En M. Conner y P. Norman, *Predicting Health Behaviour*, pp. 163-196. Buckingham: Open University Press.
- Scopp, A. (2000). Clear communication skills with headache patients. *Headache Quarterly*, 11, 269-274.
- Stewart, M. A. (1996). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal*, 153, 14-23.
- Strecher, V. J. y Rosenstock, I. M. (1997). The Health Belief Model. En K. Glanz, F. M. Lewis y B. K. Rimer (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (pp. 41-59). San Francisco: Jossey-Bass.
- Stroebe, W. (2000). *Social Psychology and Health* (2^a Ed.). Buckingham: Open University Press.
- Sumartojo, E. (1993). When tuberculosis treatment fails. A social behavioral account of patient adherence. *American Review of Respiratory Disease*, 147, 1311-1320.
- Taylor, S. E. (2006). *Health Psychology*. Boston: McGraw-Hill International Edition.
- Taylor, S. E. y Aspinwall, R. (1990). Psychosocial aspects of chronic illness. En P. T. Costa y G. R. Vandenbos (Eds.), *Psychosocial aspects of serious illness: chronic conditions, fatal diseases and clinical care* (pp. 3-60). Washington DC: American Psychological Association.
- Turner, L. W., Hunt, S. B., DiBrezzo, R. y Jones, Ch. (2004). Design and implementation of an osteoporosis prevention program using the Health Belief Model. *American Journal of Health Studies*, 19, 2, 115-121.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P. y Denekens, M. D. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26, 331-342.
- Weinstein, N. D. (1989). Effects of personal experience on self-protective behavior. *Psychological Bulletin*, 105, 31-50.
- Weinstein, N. D. (2003). Testing four competing theories of health-protective behavior. En P. Salovey y A. J. Rothman (Eds.), *Social Psychology of Health* (pp. 33-46). New York: Psychology Press.
- Weinstein, N. D., Rothman, A. J. y Sutton, S. R. (2003). Stage theories of health behavior: Conceptual and methodological issues. En P. Salovey y A. J. Rothman (Eds.), *Social Psychology of Health* (pp. 50-62). New York: Psychology Press.

CAPÍTULO 4

Intervención psicosocial frente al VIH/SIDA

Silvia Ubillos



COMPENDIO DEL CAPÍTULO

La epidemia del VIH/SIDA sigue siendo letal a pesar del impacto de los tratamientos antirretrovirales. Se trata de un hecho que admite tan poca discusión como el de que la principal vía de transmisión ha sido el comportamiento sexual, lo que concede a la Psicología un protagonismo indiscutible en el origen, desarrollo y prevención de la enfermedad. La mayoría de las personas conocen las medidas preventivas para impedir su extensión, pero siguen manteniendo prácticas de alto riesgo, lo que hace imprescindible programas para adoptar conductas preventivas. En este capítulo presentamos un ejemplo de intervención psicosocial comunitaria dirigida a mujeres adolescentes que se encuentran fuera del marco escolar, y lo hacemos de acuerdo con el siguiente esquema:

1. Bases técnicas de las intervenciones dirigidas a la prevención del VIH
 2. Nuevas propuestas teóricas. Cinco Dominios
 3. Estrategias metodológicas: comunicaciones persuasivas
 4. Proyecto de intervención comunitaria sobre la prevención sexual del VIH/SIDA
 5. Conclusiones
-

En el Capítulo 2 hemos tenido la oportunidad de ver cuáles son las condiciones y qué requisitos debe cumplir el diseño de cualquier programa de intervención para garantizar el cumplimiento de sus objetivos. Lo que pretendemos ahora es recordar que el diseño de intervenciones psicosociales eficaces y la adecuada comprensión de los procesos que subyacen al cambio de las conductas de riesgo continúa siendo un tema prioritario para reducir la enfermedad y el número de muertes entre las poblaciones que se encuentran en una situación más vulnerable frente a la transmisión del VIH/SIDA. La preocupación está más que justificada: se estima que a finales del año 2003 el número de personas que vivían con el VIH en el mundo rondaban los 37.800.000. De ellos, 35,7 millones eran adultos entre los 15 y 49 años, y 17 millones eran mujeres (ONU-SIDA/OMS, 2004). En España, el número estimado rondaba las 140.000 personas; 27.000 de ellas son mujeres.

La disponibilidad de las terapias de alta eficacia, a partir del año 1996, ha supuesto un punto de inflexión en el desarrollo de esta epidemia. Desde ese año, la incidencia del VIH depende del impacto que los tratamientos antirretrovirales están teniendo en cada país. En España, donde el sistema de salud permite un acceso universal y gratuito al tratamiento, se inició un descenso en la incidencia de casos diagnosticados de SIDA, que en los últimos años ha evolucionado hacia su estabilización (Chamorro, 2004). A pesar de ello, a finales del año 2003, mientras que en Europa Occidental la prevalencia de VIH en adultos se situaba en 0,3 por ciento, en España ascendía hasta un 0,7 por ciento (ONUSIDA/OMS, 2004).

Estas primeras consideraciones ponen sobre el tapete dos cuestiones previas que hemos de abordar antes de entrar en materia: *a)* ¿es necesario seguir interviniendo para reducir el riesgo de transmisión de VIH/SIDA en los países en los que los tratamientos de alta eficacia están al alcance de todos?; *b)* ¿por qué este capítulo se centra en el diseño de intervenciones psicosociales dirigidas a la prevención «sexual» del VIH/SIDA?

Respecto a la primera cuestión, se ha detectado que en el momento en el que las terapias antirretrovirales activas empiezan a estar disponibles de forma generalizada, se produce un incremento en las conductas de riesgo que ha dado lugar a un repunte de las ETS (enfermedades de transmisión sexual), y a un aumento en la incidencia de VIH (Morin *et al.*, 2003). De hecho, en varios países de Europa Occidental se están detectando incrementos en los nuevos diagnósticos de VIH que no son únicamente atribuibles a la realización de un mayor número de pruebas diagnósticas, sino a incrementos reales de nuevos casos. También en España se ha comenzado a detectar un aumento en la incidencia de otras ETS, y aunque el uso del preservativo se ha incrementado de forma muy sensible a lo largo de los años, está lejos de los niveles óptimos (Chamorro, 2004). Distintos estudios sugieren que algunos de los beneficios de las terapias antirretrovirales activas pueden haber sido ya superados por el aumento de las conductas sexuales de riesgo (McFarland, Lindan, Mandel y Rutherford, 2002). Por otra parte, debido a que la infección por VIH es una enfermedad asintomática, un porcentaje importante de personas desconoce durante años su seropositividad, lo que les lleva a no beneficiarse de los tratamientos ni ser conscientes de la necesidad de que sus parejas sexuales se protejan. En España, el 58 por ciento de las transmisiones por vía sexual se producen en estas circunstancias (Chamorro, 2004). Todas estas reflexiones nos sugieren que la investigación básica y aplicada sobre la prevención del VIH no es irrelevante en la era de los antirretrovirales. Muchos autores argumentan que es más importante que nunca desarrollar y probar de manera rigurosa intervenciones novedosas.

Respecto a la segunda cuestión, partimos del hecho de que a lo largo de la historia de la epidemia del VIH/SIDA, la vía principal de transmisión en la mayoría de los países ha sido la vía sexual. En países como España, donde la principal vía de transmisión del VIH durante las dos primeras décadas de la epidemia había consistido en compartir material de inyección entre usuarios de drogas inyectadas (UDIs), estamos asistiendo actualmente a una «sexualización» de la epidemia. La vía de transmisión más frecuente es hoy la vía sexual, y sobre todo la heterosexual, de suerte que el VIH/SIDA se asimila más que nunca a una enfermedad de transmisión sexual (Chamorro, 2004). Atendiendo a esta «sexualización» de la epidemia, este capítulo aporta las herramientas teóricas y metodológicas necesarias para diseñar intervenciones psicosociales eficaces y efectivas en la reducción del riesgo de transmisión sexual del VIH, porque hasta que no contemos con

una vacuna biomédica o una cura para el SIDA, el cambio de conducta sexual es el principal medio de prevenir la infección de VIH. Por ello, las campañas de educación y formación promueven conductas tales como el uso de preservativos, tener parejas sexuales limitadas, fidelidad a una pareja, abstinencia, retraso en el comienzo de las relaciones sexuales (*véase* en el Capítulo 10 la puesta en marcha de un programa dirigido a este preciso objetivo), evitar el sexo anal receptivo, etc., para reducir la exposición al riesgo de VIH (Rye, Fisher y Fisher, 2001).

Aunque la mayoría de las personas han oído hablar del VIH y conocen las medidas preventivas para impedir su extensión, el hecho de que muchas de ellas continúen manteniendo prácticas de alto riesgo no es sorprendente dado el alto nivel de habilidades y motivación requerido para adoptar las conductas preventivas. Esto ha desencadenado un interés, creciente en los últimos años, en la aplicación de diversas teorías psicosociales que pretenden dar cuenta de la dinámica de las conductas de riesgo frente a las ETS/VIH, y en la elaboración de una guía para desarrollar programas de prevención (O'Leary, Maibach, Ambrose, Jemmott y Celentano, 2000). Los programas de intervención efectivos son un método que permite el cambio de conducta deseado. Sin embargo, para que tales intervenciones sean eficientes y exitosas deben cumplir una serie de requisitos: *a*) deben estar basadas en teorías contrastadas empíricamente; *b*) deben utilizar las estrategias metodológicas más eficaces, y finalmente *c*) deben respetar las especificidades de la población a la que van dirigidas. En el capítulo de Marín, Coyle, Gardner y Cummings se nos ofrece una guía de las características que comparten los programas que se han mostrado más eficaces en la reducción de las conductas sexuales de riesgo. La identificación de los determinantes psicológicos de las conductas de sexo seguro puede permitir el desarrollo y la aplicación de intervenciones cortas, que no contengan contenidos superfluos, y que sean menos caras y más efectivas que las campañas de sexo seguro carentes de fundamentación teórica (Rye, *et al.*, 2001).

1. BASES TEÓRICAS DE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS A LA PREVENCIÓN DEL VIH

La mayoría de las investigaciones en el área de la prevención del VIH se han basado en uno o más modelos generales de predicción de la conducta y de su cambio (Glasman y Albarracín, 2003; Páez, Ubillos, Pizarro y León, 1994). Estos modelos proponen la existencia de una serie de factores comunes que presumiblemente determinan las decisiones de las personas sobre la adopción de conductas sexuales seguras. No todos ellos incorporan los mismos constructos; tampoco las relaciones entre los constructos son las mismas en los diferentes modelos. En combinación, sin embargo, estas teorías sugieren un número de estrategias de comunicación que pueden dar lugar al cambio de conducta (Albarracín, McNatt, Klein, Ho, Mitchell y Kumkale, 2003).

Los modelos que con mayor frecuencia se han aplicado al contexto de la prevención sexual del VIH han sido: la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen y Fishbein, 1980), la Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen, 1985, 2002), la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1986, 1997) y el Modelo de Creencias de Salud (Becker, 1974; Janz y Becker, 1984). Junto a éstos, los Modelos de Etapas de Cambio, como el Modelo Transteórico (Prochaska y DiClemente, 1992) y el Modelo de Reducción del Riesgo de SIDA (Catania, Kegeles y Coates, 1990) señalan que las intervenciones exitosas deberían centrarse en la etapa particular de cambio que el individuo está experimentando y facilitarle su progresión (Prochaska, Redding, Harlow, Rossi y Velicer, 1994). Obviamente existen otros modelos, pero hemos apostado por estas teorías psicosociales por la sencilla razón de que han mostrado una alta capacidad para predecir el uso del preservativo.

CUADRO 4.1. MODELOS PSICO-SOCIALES DE PREDICCIÓN DE LA CONDUCTA Y SU CAMBIO APLICADOS A LA PREVENCIÓN SEXUAL DEL VIH/SIDA (USO DEL PRESERVATIVO)

	Premisas y hallazgos más importantes	Apoyo empírico
<i>Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen y Fishbein, 1980).</i>		
Intenciones	Las investigaciones apoyan la relación de las intenciones con las conductas asociadas al VIH/ETS. Sin embargo, esta relación es más compleja que en conductas más controlables o que requieren una acción simple en un momento puntual (Rye, <i>et al.</i> , 2001).	Fuerte
Actitudes	Es un componente más importante que la norma (Sheeran, Abraham y Orbell, 1999; Albarracín, Gillette, Earl, Glasman, Durantini y Ho 2005).	Fuerte
Norma Subjetiva	Es un componente importante en el caso de los adolescentes (Albarracín, <i>et al.</i> , 2005).	Débil
Experiencia anterior (Bentler y Spekart, 1979, 1981)	Se acepta el papel de la experiencia anterior como predictor de la conducta (Albarracín, Johnson, Fishbein y Muellerleile, 2001). Sheeran <i>et al.</i> (1999) muestran que la utilización previa del preservativo mantiene una relación media positiva con el actual y futuro uso.	Fuerte
<i>Teoría de la Acción Planificada (Ajzen, 1985, 2002).</i>		
Intenciones	La relación entre intención y conductas no volitivas es compleja (Rye <i>et al.</i> , 2001).	Fuerte
Actitudes	Es un componente más importante que la norma (Sheeran <i>et al.</i> , 1999; Albarracín <i>et al.</i> , 2005).	Fuerte
Norma Subjetiva	Es un componente importante en el caso de los adolescentes (Albarracín, <i>et al.</i> , 2005).	Débil
Percepción de Control	Hay resultados contradictorios: algunos meta-análisis apoyan la superioridad de la acción planificada sobre la teoría de la acción razonada (Rye, <i>et al.</i> , 2001), mientras que otros sugieren que ambos modelos son equivalentes (Albarracín, <i>et al.</i> , 2001).	Fuerte
<i>Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1986, 1997).</i>		
Actitudes (Expectativas de la conducta)	Las creencias hedonistas sobre el uso del preservativo (consecuencias físicas) están asociadas con su utilización. Las reacciones negativas sobre el uso del preservativo por parte de las parejas sexuales principales (consecuencias sociales) se han mostrado también predictores de su utilización. Los resultados autoevaluativos muestran una relación importante con la adopción de conductas sexuales de riesgo (Albarracín <i>et al.</i> , 2000; O'Leary <i>et al.</i> , 2000).	Fuerte
Percepciones de control (Autoeficacia)	La autoeficacia para usar el preservativo está asociada con su uso (Dilorio, Dudley, Soet, Watkins y Maibach, 2000). La confianza en la propia habilidad para usar preservativos es un predictor más importante de la conducta preventiva que una autoeficacia más general dirigida a prevenir el VIH/SIDA (Sheeran <i>et al.</i> , 1999).	Fuerte
Habilidades conductuales	Son esenciales para regular el uso del preservativo (Albarracín, <i>et al.</i> , 2005).	Fuerte
<i>Modelo de Creencias de Salud (Becker, 1974; Janz y Becker, 1984).</i>		
Percepción de Riesgo	Mantiene una relación consistente pero baja con la conducta de riesgo y está débilmente relacionada con la adopción de conductas preventivas para el VIH/SIDA (Gerrard, Gibbons y Bushman, 1996; Sheeran <i>et al.</i> , 1999). Incluso cuando el aumento en la amenaza percibida se asocia positivamente con el cambio de conducta, los argumentos que inducen miedo no tenían ningún efecto conductual positivo independiente (Albarracín <i>et al.</i> , 2005).	Débil

CUADRO 4.1. MODELOS PSICO-SOCIALES DE PREDICCIÓN DE LA CONDUCTA Y SU CAMBIO APLICADOS A LA PREVENCIÓN SEXUAL DEL VIH/SIDA (USO DEL PRESERVATIVO) (Continuación)

	Premisas y hallazgos más importantes	Apoyo empírico
Percepción de Gravedad	La seriedad o gravedad percibida tiene baja capacidad para explicar y predecir la conducta preventiva. Existe una asociación ligeramente positiva entre el uso del preservativo y la preocupación o miedo ante la amenaza del SIDA, es decir con respuestas de corte más afectivo que cognitivo (Sheeran <i>et al.</i> , 1999).	Bajo
Percepción costes y beneficios	La percepción de los costes del preservativo y de las consecuencias negativas para sí mismo o la pareja y de las dificultades para adquirirlo se correlacionan de forma negativa y débil con su utilización. Los beneficios de los preservativos se asocian de forma ligeramente positiva con su uso (Sheeran <i>et al.</i> , 1999).	Débil
Información correcta (científica)	Su relación con el uso del preservativo es muy baja (Sheeran <i>et al.</i> , 1999); probablemente el conocimiento tenga un efecto indirecto actuando como indicio (Catania <i>et al.</i> , 1989).	Bajo
Información incorrecta (mitos)	La información correcta no se encuentra asociada con la información o creencias incorrectas, lo que probablemente implica que estos dos tipos de conocimientos corresponden a diferentes constructos. La mera transmisión de conocimientos correctos no logra reducir las creencias incorrectas (London y Robles, 2000).	Bajo
Indicadores o Estímulos para la acción	Conocer a alguien con SIDA, haberse realizado el test de detección del VIH, y haber estado expuesto a las campañas sobre SIDA, se asocian débil pero positivamente con el uso del preservativo (Sheeran <i>et al.</i> , 1999).	Débil
<i>Modelos de Etapas de Cambio</i>		
<i>Modelo Transteórico (Prochaska y DiClemente, 1992)</i>		
Cinco etapas: 1. Precontemplación 2. Contemplación 3. Preparación 4. Acción 5. Mantenimiento	La influencia de las diferentes estrategias depende de la etapa de cambio en la que se encuentre la persona (véase epígrafe 4.3)	Fuerte
	La información y las actitudes influyen en la conducta cuando las personas todavía no están realizando la conducta.	Fuerte
	Las habilidades conductuales influyen en la conducta cuando las personas ya la están realizando.	Fuerte
	Cuando las personas no realizan una acción, la información tiene una mayor influencia sobre la conducta que cuando la están llevando a cabo.	Bajo
	Por su parte, cuando las personas realizan una acción, las habilidades conductuales influyen en mayor medida en el comportamiento que cuando no lo están realizando (Albarracín <i>et al.</i> , 2005).	Bajo
<i>Modelo de la Reducción de Riesgo de SIDA (Catania, Kegeles y Coates, 1990)</i>		
Tres etapas: 1. Deseo 2. Implicación 3. Realización	Los comportamientos preparatorios (llevar un preservativo o tenerlo disponible) están relacionados positivamente con su uso en relaciones heterosexuales. Aunque la comunicación sobre las ETS o el SIDA tiene una relación positiva pequeña con la conducta preventiva, el negociar concretamente la necesidad de utilizar el preservativo está asociado con su uso (Sheeran <i>et al.</i> , 1999). Estos resultados apoyan el punto de vista de que la planificación aumenta la probabilidad de uso del preservativo.	Fuerte

En el Cuadro 4.1 se resumen los factores/variables o secuencias que plantean cada uno de los modelos, se ofrece una breve descripción de los hallazgos más importantes y una valoración que sintetiza el apoyo empírico que los últimos meta-análisis conceden a cada una de las variables. En el caso del Modelo Transteórico se describen las premisas formuladas por sus autores y el apoyo empírico que éstas han recibido.

Todos estos modelos han recibido numerosas críticas sobre sus limitaciones para cambiar las conductas de riesgo y sobre su eficacia para reducir la extensión sexual del VIH/SIDA. Por ello, en los últimos años los investigadores han tratado de diseñar nuevas propuestas que integran los factores que más éxito han mostrado en la predicción de conductas preventivas y añaden elementos nuevos que permitan hacer frente a estas limitaciones. Una de estas propuestas es la que plantean Dolcini, Canin, Gandelman y Skolnil, 2004.

2. NUEVAS PROPUESTAS TEÓRICAS. CINCO DOMINIOS

El estudio de Dolcini *et al.* (2004) agrupa todas las variables contempladas en las teorías psicosociales en cinco dominios superando así algunas de las limitaciones de los modelos previos. Sus principales se dejan resumir en los siguientes términos:

1. Los conceptos identificados como importantes para el cambio de comportamientos se integran en los siguientes cinco dominios: *a)* valoración del riesgo, *b)* auto-percepción, *c)* emoción y activación, *d)* influencia interpersonal y social, y *e)* factores ecológicos y estructurales.
2. Se han introducido dos nuevos dominios (la emoción y activación, por una parte, y los factores estructurales y ambientales, por otra) en los que se integran conceptos que nos permiten superar las limitaciones con las que se han encontrado los modelos psicosociales a la hora de reducir las conductas sexuales de riesgo en las situaciones de alta excitación sexual, y en las poblaciones socialmente más vulnerables y deprimidas.
3. Estos dominios se caracterizan por su singularidad e interrelación. Por ejemplo, algunos factores que contribuyen a las relaciones sociales (por ejemplo, desigualdades de poder basadas en el género), pueden estar muy influidos por el dominio ecológico y estructural. Además, pueden existir fuertes asociaciones entre los factores individuales y sociales.
4. Según sus autores, esta perspectiva nos permite disponer de un material heurístico complejo y válido para el diseño de intervenciones dirigidas a la prevención del VIH/SIDA.

2.1. Primer Dominio: valoración del riesgo

El primer dominio abarca la percepción y valoración del riesgo. Los estudios empíricos concluyen que el riesgo percibido es visto como necesario, pero no como un precursor suficiente del cambio de conducta (*véase* Cuadro 4.1). Son varias las razones expuestas; he aquí las más importantes (Dolcini *et al.*, 2004):

1. La relación entre la percepción de vulnerabilidad y las prácticas sexuales puede no ser directa. Ello es en parte debido al significado social y a los aspectos emocionales del sexo (Gerrard *et al.*, 1996).
2. Además, la percepción del riesgo tiene componentes cognitivos y afectivos, y por tanto dependiendo de los aspectos en los que centremos nuestra atención, las conclusiones acerca del impacto de la percepción de riesgo en la conducta pueden variar.
3. El conocimiento sobre la transmisión de enfermedades afecta a la percepción de riesgo, haciendo del conocimiento fiable un importante factor (Catania *et al.*, 1990).

4. El conocimiento incorrecto aumenta tanto la percepción de riesgo como la incertidumbre respecto al riesgo percibido y al grado de riesgo atribuido (London y Robles, 2000).
5. Es importante el contexto en el que se esté valorando el riesgo. Por ejemplo, la pareja principal puede no ser percibida como un riesgo en comparación con una pareja ocasional percibida como una potencial relación de riesgo (Misovich, Fisher y Fisher, 1997).
6. La percepción de riesgo está influida también por la adopción de conductas alternativas de prevención irreales, pero muy extendidas, como es la ilusión de ser capaz de reconocer a la gente que no está afectada por el VIH: *a*) existe la creencia de que se puede identificar a las personas afectadas por su aspecto físico desaliñado y deteriorado (se viste mal, físicamente está mal, etc.), muy cercano al prototipo del desviado/drogadicto (Páez, San Juan, Romo y Vergara, 1991), y *b*) se cree que las personas a las que uno conoce paulatinamente y mediante amigos son personas en las que se puede confiar sin riesgo alguno (Fisher y Fisher, 1992).
7. Aunque son bien conocidas las consecuencias de la sobrestimación, el peligro reside en la subestimación del riesgo personal de VIH, algo a lo que propenden con bastante frecuencia las personas (Gerrard *et al.*, 1996).

Por otra parte, bajo la rúbrica de valoración del riesgo se incluyen tres procesos a los que es necesario prestar atención a la hora de diseñar un programa de intervención: *a*) optimismo ilusorio: tendencia a percibir que tenemos más probabilidades que la persona media de que nos sucedan acontecimientos positivos; *b*) ilusión de invulnerabilidad: creencia en una menor probabilidad de que nos ocurran acontecimientos negativos, y *c*) jerarquía de problemas: las enfermedades transmisibles no constituyen nuestra primera preocupación.

Una intervención se debería centrar en un concepto u otro dependiendo de los factores que se diagnostiquen que están afectando a las conductas de riesgo y/o de las características específicas de la población diana de la intervención. Por otra parte, existen fuertes asociaciones entre la valoración del riesgo y el siguiente dominio, la auto-percepción. El desarrollo de intervenciones centradas en la valoración de riesgo probablemente llevará a incluir elementos de la auto-percepción.

2.2. Segundo Dominio: auto-percepción

El segundo dominio, la auto-percepción, se refiere a las creencias y actitudes acerca de uno mismo. En él se incluyen la auto-eficacia, la intención, las expectativas sobre las consecuencias de una conducta, la auto-identidad y las propias normas. A continuación nos vamos a referir sólo a las aportaciones más novedosas relacionadas con algunos de los factores de este dominio:

1. Conceptualizaciones recientes han integrado formalmente la *percepción de control* en un constructo con dos dimensiones: la auto-eficacia y las expectativas de un control general o instrumental sobre la conducta (Ajzen, 2002). Además, la relación entre la percepción de control y las prácticas sexuales puede verse afectada por la «*ilusión de control*»: tendencia a sobrestimar las propias capacidades o habilidades (Gibbons, Helweg-Larsen y Gerrard, 1995).
2. Las *expectativas sobre las consecuencias derivadas del uso del preservativo* constituyen creencias en las que entran en juego la protección, el autoconcepto, el placer y las implicaciones para la interacción. El estudio de Albarracín *et al.* (2000) pone de manifiesto que cada uno de estos procesos ejercen una influencia diferencial en el uso del preservativo. Mientras el autoconcepto es un criterio crucial para los sentimientos de las personas sobre el uso del preservativo, las expectativas de protección parecen no tener ninguna influencia. En cuanto a las expectativas de placer, las actitudes hacia el uso del preservativo dependen de la percepción que se tenga de su capacidad para reducir el placer sexual. Finalmente, las implicaciones para la interacción ejercen escasa influencia.

3. La *auto-identidad y las propias normas* hacen referencia a la percepción de una persona sobre la «clase de persona» que es. Esas percepciones se utilizan para juzgar o estimar lo que es apropiado, algo que aumenta la probabilidad de realizar una determinada conducta. Por lo que respecta a la auto-identidad, basta decir que la familia, la historia cultural, la etapa de desarrollo y la orientación sexual contribuyen de manera decisiva a su construcción (Bandura, 1986).

2.3. Tercer Dominio: emoción y activación

Muchos de los modelos actuales de la conducta de riesgo se basan en la presunción de racionalidad. Sin embargo, las conductas sexuales de riesgo están enraizadas en instintos, motivadas psicológicamente, y/o dirigidas por impulsos (Dolcini *et al.*, 2004). En este dominio se incluyen las emociones, la activación sexual y los escenarios sexuales.

1. Las *emociones* pueden afectar a la conducta de forma directa o indirecta. Por ejemplo, el estado de ánimo positivo y negativo puede influir en el uso de sustancias o en la búsqueda de sensaciones, y eso podría estar indirectamente relacionado con las conductas de riesgo del VIH/SIDA. Se ha demostrado también que las asociaciones del afecto negativo con el sexo, que incluyen vergüenza, culpa o ansiedad, resultan a largo plazo en un menor uso de contraceptivos y en reacciones negativas para establecer una comunicación sobre el sexo (Gerrard *et al.*, 1996). Además, los sentimientos positivos en la relación pueden contribuir a una incapacidad de valorar de forma fiable su riesgo (por ejemplo, «yo no podría contraer una ETS de él o ella») o pueden disminuir las intenciones de negociar el uso del preservativo (Misovich, Fisher y Fisher, 1997).
2. Las experiencias emocionales o afectivas específicas procedentes del encuentro sexual, particularmente la *activación*, forman parte también de este dominio. El deseo de placer y gratificación implican una fuerte motivación para el sexo, de suerte que cuando las personas están preocupadas porque las conductas de protección puedan amenazar el placer sexual, tienen menos probabilidades de adoptarlas. Además, la activación y el deseo de placer imponen un sentido de urgencia que puede distorsionar el juicio (Dolcini *et al.*, 2004). Frente a esta presión, la capacidad de una persona para evaluar una situación potencial de riesgo y posibilitar una nueva conducta puede verse disminuida.
3. Los *hábitos o los escenarios sexuales* internalizados contribuyen a la regulación de los comportamientos sexuales e influyen en la experiencia de deseo y activación sexual. Los escenarios influyen en el objeto de interés sexual de cada persona, en lo que uno hace o no hace sexualmente y en las razones por las cuales tiene relaciones sexuales. Este aspecto de la sexualidad está muy influido por factores culturales y sociales (Ubillos, Páez y González, 2000), algo que internalizamos sin ser necesariamente conscientes de ello (Páez, Ubillos, Sastre y Sánchez, 1994).

2.4. Cuarto Dominio: influencia interpersonal y social

Este dominio incluye la influencia de las relaciones más íntimas, así como la de aquellas personas que se encuentran dentro de la propia red sexual. Aunque la conducta sexual es privada, hay fuerzas externas a la persona (parejas, roles de género, dinámicas de poder, creencias culturales y normas sociales) que afectan a la actividad sexual.

En términos de los aspectos sociales de la conducta, diversas teorías se han centrado en el impacto que tienen las relaciones más cercanas sobre la persona. Junto a estas teorías, otros modelos aplicados a la reducción del riesgo, que incluyen la teoría del género y del poder, la teoría de la red social y el constructo conocido como capital social, acentúan las dimensiones macro sociales (Dolcini *et al.*, 2004):

1. La *teoría del género y del poder* enfatiza cómo los hombres y las mujeres se socializan en roles de género. Esos roles aprendidos afectan a las interacciones íntimas y a la capacidad para negociar la adopción de conductas de protección.
2. Los factores claves enfatizados en la *teoría de la red social* son el papel del apoyo social y de las redes a la hora de determinar, apoyar o disuadir ciertas conductas. Las normas pueden fomentar o desalentar algunas conductas de riesgo del VIH/ETS. Además de las propias normas que son de carácter auto-referente, existen las denominadas normas subjetivas y descriptivas. Las normas subjetivas han recibido un apoyo empírico débil (véase Cuadro 4.1); por su parte, las normas descriptivas («lo que hacen las personas similares a mí»), son un factor predictor más importante del uso del preservativo, probablemente porque lo que se percibe que la gente hace indica lo que es «válido» o «real», más que lo que la gente dice que hay que hacer.
3. La *percepción de la actitud de la pareja* hacia los preservativos también es un buen predictor de su uso; de hecho, el impacto de las normas y las actitudes en el uso del preservativo depende del tipo de pareja (Glasman y Albarracín, 2003). Debido a que los amigos y familiares influyen más que las parejas ocasionales, las personas pueden utilizar preservativos con una pareja esporádica si sus amistades creen que su uso es apropiado y justificado en ese contexto, mientras que la opinión de la pareja puede ser el factor más importante cuando las personas tienen relaciones con parejas estables, ya que éstas ejercen una mayor influencia a la hora de tomar decisiones que las parejas ocasionales.
4. Existen diversos sesgos cognitivos que afectan a la percepción de las normas sociales: *a) el falso consenso*: la tendencia de las personas a sobrestimar una conducta cuando son ellas las que la ejecutan (por ejemplo, los que usan preservativo dicen que el 40 por ciento usa y los que no usan dicen el 20 por ciento); *b) la falsa unicidad*: tendencia a creer que las conductas positivas son menos comunes de lo que realmente son (por ejemplo, los que usan preservativo creen que usan el 40 por ciento cuando en realidad es el 60 por ciento) y, *c) la ignorancia pluralista* o la tendencia a creer que hay un porcentaje mayor de personas que está en contra del preservativo en relaciones ocasionales, cuando en realidad la mayoría está a favor de su uso (Ubillos, Páez, Mayordomo y Sánchez, 2003).
5. El *capital social* comprende factores como la confianza, la reciprocidad y la cooperación entre los miembros de una red social que se dirige a alcanzar metas comunes. Se ha demostrado que el capital social puede estar inversamente relacionado con la prevalencia de las ETS y los casos de SIDA. Kawachi y Berkman (2000) identificaron tres mecanismos potenciales de la influencia del capital social: *a) directamente*, al aumentar la cohesión social; *b) indirectamente*, por su influencia en las conductas de riesgo y de protección, y *c) indirectamente también* por su influencia en el acceso a los servicios de salud.
6. Finalmente, las *relaciones interpersonales* ejercen una influencia profunda sobre las conductas asociadas con el VIH/ETS. La historia de la relación y la etapa en la que ésta se encuentra influyen en la habilidad para discutir y mantener conductas de salud preventivas (Misovich *et al.*, 1997). La comunicación, la negociación y lo cómodo que nos encontremos con la conducta sexual explícita contribuyen a la probabilidad de que la conducta protegida se mantenga.

2.5. Quinto Dominio: factores ecológicos y estructurales

El dominio ecológico y estructural subraya el hecho de que hay circunstancias más allá del individuo y del grupo social que afectan a la salud y al bienestar. Ese ha sido uno de los argumentos sobre los que hemos erigido el mismo proceso de intervención desde el primer capítulo. Este dominio integra los factores psicológicos, organizacionales y culturales, así como una planificación y una regulación comunitaria. Todos ellos resultan

necesarios para abordar los problemas de salud. Estos factores entran dentro de condiciones superestructurales (por ejemplo, homofobia, racismo, sexismo), estructurales (por ejemplo, leyes, políticas), y ambientales (por ejemplo, condiciones de vida, presiones sociales) (Dolcini *et al.*, 2004). Sus bases teóricas tienen como marco de referencia modelos económicos, sociales y políticos tales como la movilización comunitaria, el *empowerment*, el asesoramiento y los programas de acción social (Freire, 1973).

De acuerdo al modelo de *empowerment* de Freire, las personas asumen el control y el dominio de sus vidas en el contexto de sus ambientes sociales y políticos. Bajo este modelo las personas trabajan para el cambio social y para el incremento colectivo de la calidad de vida, desarrollando una mayor capacidad para ejercer presión política.

Las aproximaciones comunitarias enfatizan las estrategias que se dirigen al desarrollo de las habilidades de asesoramiento, así como de movilización y organización de los miembros de la comunidad. No se incide sólo en las metas a corto plazo, sino que entran en juego procesos de participación para llevar a cabo cambios individuales, grupales y estructurales. El asesoramiento ha sido utilizado para abordar conceptos incluidos en el dominio estructural/ecológico. Se refiere a una serie de estrategias utilizadas para provocar un cambio en la opinión pública y movilizar los recursos necesarios y las fuerzas oportunas para apoyar un tema o una política, y los esfuerzos para cambiar las condiciones comunitarias relacionadas con la salud.

La movilización comunitaria y el asesoramiento han tenido un impacto significativo en algunas áreas relacionadas con el VIH/ETS que incluyen la distribución de preservativos. Los medios de comunicación se han utilizado frecuentemente como una estrategia, exitosa en determinados campos, para influir en los cambios políticos y legislativos.

Es importante reseñar que en este dominio los determinantes institucionales constituyen barreras que influyen en las condiciones de salud y en la calidad de vida. Para detener la transmisión del VIH/SIDA a gran escala, los programas comunitarios y estructurales son un complemento crítico de las aproximaciones individuales. Aunque los cambios a gran escala son producto de procesos que a menudo requieren un tiempo prolongado, probablemente también tienen un impacto que se mantiene a largo plazo. Sin embargo, los profesionales se encuentran con multitud de barreras al intentar propiciar cambios ecológicos y estructurales. Por ejemplo, las restricciones de fondos económicos a las que se ven sometidos determinados equipos de profesionales al tratar de diseñar intervenciones cuyos contenidos pretenden abordar los factores que se encuadran dentro de este dominio. Además, se requiere a menudo de la acción política para conseguir cambios sustanciales en este nivel.

En el Cuadro 4.2 se ofrece un resumen sobre las aportaciones de todos los modelos y aproximaciones que se ha descrito en los dos apartados anteriores. Esta información se refiere a los contenidos esenciales que se deben incluir a la hora de diseñar una intervención para reducir el riesgo de transmisión sexual del VIH/SIDA.

CUADRO 4.2. CONTENIDOS DE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS A LA PREVENCIÓN SEXUAL DEL VIH/SIDA (Ubillós, 2001)

1. La educación debe orientarse a un cambio de *actitudes* y de *normas sociales*, más que al *riesgo percibido*, la *gravedad* y los *costes* y *beneficios*.
2. Por tanto es importante la realización de intervenciones normativas tanto grupales (normas sociales) como individuales (actitud como proceso).
3. Además de la transmisión de conocimientos correctos, es necesario modificar las creencias incorrectas para que la gente sea capaz de interpretar, asimilar y usar la información científica sobre los modos de transmisión y valorar correctamente su riesgo.
4. La *ilusión de invulnerabilidad* y el *optimismo ilusorio* son creencias normales y comunes en las personas, de suerte que deberán modificarse en un sentido realista, disminuyendo estos sesgos cognitivos.
5. Se deberá ofrecer información capaz de generar algún grado de desactivación de la afectividad positiva y un poco de «lucidez realista» para que las personas perciban el *riesgo* de problemas y enfermedades.

CUADRO 4.2. CONTENIDOS DE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS A LA PREVENCIÓN SEXUAL DEL VIH/SIDA (Ubillos, 2001) *(Continuación)*

6. Habrá que examinar y cuestionar las conductas alternativas de prevención, como es la selección de parejas «normales» diferentes del prototipo implícito de sujeto de riesgo.
7. Las intervenciones deberían tener en cuenta las dificultades cotidianas (*jerarquía de problemas*) a las que se enfrentan las personas, y concienciar sobre la importancia que tiene mantener la salud.
8. El cambio de actitudes/creencias normativas es uno de los aspectos que más ayuda a incrementar la intención, lo que a su vez posibilita la adopción de la conducta.
9. La educación debe incidir especialmente en las creencias relacionadas con el *autoconcepto* y las *expectativas de placer* que se derivan de la adopción del uso de la conducta preventiva.
10. Se debería fomentar prioritariamente la disminución de la *norma descriptiva* hacia las conductas de riesgo, el incremento de una *norma subjetiva* real más favorable hacia las conductas preventivas, así como dar a conocer la tendencia a proyectar las características negativas y subestimar la frecuencia de las positivas.
11. También se debería prestar especial atención a las *actitudes de la pareja* hacia los preservativos, ya que dichas actitudes se relacionan de manera más sólida con el uso del preservativo que las normas subjetivas.
12. Una de las tareas claves es entender cómo la *experiencia pasada* regula la acción futura, y diseñar actividades para mimetizar los efectos del uso previo del preservativo entre los no usuarios y usuarios esporádicos.
13. Otro de los aspectos centrales son la *planificación* y los *comportamientos preparatorios*, por ejemplo, tener los preservativos a mano o tener fácil acceso a las máquinas dispensadoras.
14. El *control percibido*, la *autoeficacia* y el *déficit de capacidades de resolución de problemas* deberían ser contenidos centrales. La *adopción de habilidades de comunicación con la pareja* es el método más eficaz para lograr que los conocimientos sobre el VIH/SIDA, las actitudes positivas hacia el uso del preservativo y adecuados niveles de percepción de riesgo y de control redunden en cambios en la conducta sexual.
15. Se ha de tomar conciencia de la *asociación entre la ilusión de invulnerabilidad y la ilusión de control* dentro del escenario prototípico romántico, ya que la presencia de un sentimiento amoroso provoca una sensación de confianza. Insistir en el uso del preservativo como muestra de confianza y de protección es un mecanismo eficaz para incrementar su uso.
16. Se deben mostrar las formas de afrontamiento más eficaces para que las *emociones positivas y negativas* no interfieran en la salud sexual.
17. Las intervenciones deberían mostrar las estrategias que son más útiles para hacer frente a situaciones donde se da una *alta activación sexual*.
18. La teoría del género y del poder es una perspectiva que se debiera incluir en todas las intervenciones dirigidas a la reducción de las conductas sexuales de riesgo.
19. Se recomienda que siempre que sea posible se intervenga en los niveles ecológicos y estructurales a través de las acciones de corte comunitario (*empowerment*, movilización comunitaria o programas de acción social).

3. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS: COMUNICACIONES PERSUASIVAS

Las investigaciones han confirmado que las intervenciones de breve duración para reducir el riesgo sexual de breve duración para poblaciones de alto riesgo pueden ser eficientes, es decir son eficaces respecto a sus costes (Pinkerton *et al.*, 2002). Por ello, todas las estrategias metodológicas, tanto activas como pasivas, que se proponen en este apartado se orientan a reducir las conductas de riesgo de VIH e incrementar las conductas que promueven la salud, y a animar a la prevención del VIH entre las redes y contactos comunitarios (*véase* Cuadro 4.3).

CUADRO 4.3. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN PERSUASIVA: PASIVAS-ACTIVAS

Estrategias Pasivas	Estrategias Activas
Clases magistrales, discusiones o debates que inducen argumentos sobre los componentes principales de la conducta de prevención.	Estrategias conductuales para entrenar a las personas en las habilidades que fomentan el uso del preservativo, el asesoramiento del VIH y las pruebas de detección del VIH.
Argumentos informativos, por ejemplo, transmisión y prevención del VIH.	Habilidades para usar el preservativo, por ejemplo, practicar para extraer el preservativo del envoltorio y colocarlo.
Argumentos actitudinales, tales como discusiones acerca de las implicaciones positivas que tiene el uso del preservativo para la salud de las parejas y para las relaciones sexuales románticas.	Habilidades interpersonales, por ejemplo, role-playing sobre conflictos interpersonales para usar el preservativo y sobre cómo iniciar discusiones acerca de la protección.
Argumentos normativos sobre el apoyo recibido por parte de amigos, familiares o parejas para usar el preservativo.	Habilidades de auto-manejo, por ejemplo, practicar en toma de decisiones cuando uno ha consumido alcohol o drogas, y para evitar situaciones de riesgo.
Argumentos diseñados para modelar las habilidades de conducta (qué hacer cuando las parejas no quieren usar el preservativo, cuando las personas o sus parejas están sexualmente excitadas o cuando han consumido alcohol o drogas).	Asesoramiento específico sobre el VIH y las pruebas de detección del VIH.
Argumentos que inducen la amenaza, tales como discusiones sobre el riesgo personal de contraer el VIH u otras ETSs.	Suministro de preservativos.

A pesar de que en términos generales las estrategias activas han mostrado una mayor eficacia que las pasivas (Albarracín *et al.*, 2003), los modelos de etapas de cambio, y en particular el modelo transteórico, han identificado las estrategias más eficaces para propiciar el cambio de comportamiento en función de la fase motivacional en la que se encuentra la persona afectada (Albarracín *et al.*, 2005; Prochaska y DiClemente, 1992):

1. Las estrategias pasivas que aportan conocimientos sobre el VIH/SIDA o abordan las percepciones de riesgo más generales pueden servir para impulsar un cierto cambio cuando las personas no están todavía realizando la conducta, pero no son efectivas si queremos que éstas se sitúen más allá de la etapa inicial.
2. De igual manera, las estrategias que inducen actitudes favorables pueden ser importantes en las etapas muy iniciales, pero no cuando las personas están realizando ya la conducta y son conscientes de sus consecuencias. Estas estrategias pueden ser efectivas en la fase contemplativa, cuando los individuos empiezan a mostrarse sensibles a técnicas pasivas.
3. Quienes se encuentran en la fase de preparación usan cada vez más los procesos de cambio cognitivo, afectivo y valorativo, por lo que resulta conveniente utilizar estrategias más activas que les permitan empezar a reducir y controlar, de forma limitada, la práctica de los comportamientos de riesgo.
4. Las personas que han adoptado ya la idea de cambio y comienzan a realizar la conducta, pueden necesitar nuevas habilidades para alcanzar un éxito completo (Bandura, 1997). En la fase de acción, a la vez que se incrementa la utilización de las estrategias conductuales, el estrés inherente a la situación conduce a los individuos a necesitar con mayor frecuencia del soporte, comprensión y propiedades reforzadoras de otras personas.
5. En la fase de mantenimiento, las estrategias para valorar las circunstancias que aumentan la probabilidad de una recaída y para incrementar un sentimiento de autoestima por haber logrado lo que uno se proponía hacer, son más apropiadas.

6. Los argumentos de habilidades conductuales y los entrenamientos de habilidades de auto-manejo son más importantes en las últimas etapas del proceso de cambio.

En resumen, debido a que las intervenciones activas son generalmente más efectivas, se debieran preferir sobre las pasivas. No obstante, lo idóneo es respetar la fase de cambio en la que se encuentran las personas objeto de la intervención, seleccionando las estrategias más adecuadas para cada etapa. Si sólo se puede aplicar una intervención pasiva, entonces es aconsejable seleccionar argumentos actitudinales y habilidades conductuales, a la vez que distribuir preservativos. Sin embargo, si se está en posición de poder impartir una intervención activa, la presentación de los argumentos informativos y habilidades conductuales en combinación con el entrenamiento en auto-manejo o asesoramiento del VIH y las pruebas de detección parecen más aconsejables (Albarracín *et al.*, 2003, 2005).

4. PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA SOBRE LA PREVENCIÓN SEXUAL DEL VIH/SIDA

En el Capítulo 2 han sido expuestas las fases por las que pasa el diseño de un programa de intervención. A lo que allí se ha desarrollado añadimos ahora una consideración: a la hora de diseñar una intervención, muchos investigadores aconsejan la elección de argumentos específicos para la población a la que va dirigida y la selección de las estrategias más adecuadas (Petty y Cacioppo, 1986). El desconocimiento de las bases cognitivas y motivacionales del uso del preservativo características de cada grupo puede comprometer la efectividad del mensaje persuasivo (Fisher y Fisher, 1992). Junto a esto, los factores socio-demográficos, ecológicos y contextuales pueden contribuir a la extensión del VIH. La marginación, la pobreza, la educación limitada, el subempleo, los escasos servicios de sanidad y el acceso limitado a los servicios de salud, y las circunstancias en las que viven ciertos grupos les sitúan en un mayor riesgo de infección de VIH. Por tanto, los conocimientos acerca de los hábitos y de las prácticas prevalentes entre las distintas poblaciones proporcionan una sólida base para la estructuración de las estrategias de prevención (Merchan-Hamann, Ekstrand, Hudes y Hearst., 2002). Además, el meta-análisis de Albarracín *et al.* (2005) muestra que el efecto de las distintas estrategias metodológicas depende también de las peculiaridades que presenta cada población frente a la vulnerabilidad sexual del VIH/SIDA. En el Cuadro 4.4 se presenta una síntesis de las estrategias pasivas y activas que han mostrado más eficacia en cada población.

A partir de lo expuesto, vamos a presentar un ejemplo de intervención psicosocial comunitaria dirigida a una población específica: mujeres adolescentes que se encuentran fuera del marco escolar. El motivo por el que se ha elegido esta población como objeto diana del proyecto es doble. En primer lugar, por su condición de mujeres, ya que la epidemia del VIH/SIDA afecta cada vez más a esta población. Es probable que esta tendencia continúe porque la transmisión del VIH durante la relación coital es más eficiente del hombre a la mujer (Choi, Wojcicki y Valencia-García, 2004). Se ha constatado que la transmisión del VIH en las áreas geográficas de alta seroprevalencia está ocurriendo entre las mujeres a través de las conductas de riesgo de sus parejas más que por sus propias conductas (Dolcini y Catania, 2000). De hecho, normalmente, las mujeres son monógamas seriales, aunque ellas pueden estar en riesgo debido a las conductas asociadas al consumo de drogas y/o las relaciones sexuales de riesgo actuales o pasadas de su pareja sexual (Ehrhardt *et al.*, 2002).

Se ha elegido esta población, además, por su condición de jóvenes ya que la prevención de las conductas de riesgo entre este colectivo se ha identificado como una prioridad de la salud pública. Las conductas de alto riesgo en jóvenes se prolongan a menudo hasta la época adulta, haciendo de la intervención en la edad juvenil un imperativo para prevenir las conductas de riesgo que pueden convertirse en hábitos crónicos

CUADRO 4.4: ESTRATEGIAS ACTIVAS-PASIVAS EN FUNCIÓN DE LA POBLACIÓN (Albarracín *et al.*, 2005)

		Estrategias Pasivas	Estrategias Activas
Género	Mujeres	Argumentos actitudinales, información y suministro de preservativos.	Argumentos actitudinales, información, suministro de preservativos, entrenamiento en habilidades de auto-manejo, y asesoramiento en VIH y pruebas de detección.
	Hombres	Argumentos de habilidades conductuales y suministro de preservativos.	Argumentos de habilidades conductuales, suministro de preservativos, entrenamiento en habilidades para usar el preservativo, entrenamiento en habilidades de auto-manejo, y asesoramiento en VIH y pruebas de detección.
Edad	Menos de 21 años	Argumentos normativos, actitudinales, (información) y suministro de preservativos.	Argumentos normativos, actitudinales, (información), suministro de preservativos y entrenamiento en habilidades de auto-manejo.
	Más de 21 años	Argumentos actitudinales, información y argumentos de habilidades conductuales.	Argumentos actitudinales, información, argumentos de habilidades conductuales, entrenamiento en habilidades de auto-manejo, y asesoramiento en VIH y pruebas de detección.
Grupo Étnico	Minoría	Argumentos actitudinales, información y argumentos de habilidades conductuales.	Argumentos actitudinales, información, argumentos de habilidades conductuales, entrenamiento en habilidades de auto-manejo, y asesoramiento en VIH y pruebas de detección.
	Mayoría	Argumentos actitudinales, información y suministro de preservativos.	Argumentos actitudinales, información, suministro de preservativos, y entrenamiento en habilidades de auto-manejo.
Personas con conductas de riesgo	HSHs	Información, argumentos de habilidades conductuales y suministro de preservativos.	Información, argumentos de habilidades conductuales, suministro de preservativos, entrenamiento en habilidades de auto-manejo, y asesoramiento en VIH y pruebas de detección.
	UDIs	Argumentos actitudinales, argumentos de habilidades conductuales y suministro de preservativos.	Argumentos actitudinales, argumentos de habilidades conductuales, suministro de preservativos y entrenamiento en habilidades para usar el preservativo.
	PUDIs	Argumentos actitudinales, (información), argumentos de habilidades conductuales y suministro de preservativos.	Argumentos actitudinales, (información), argumentos de habilidades conductuales, suministro de preservativos y entrenamiento en habilidades interpersonales.
	HPMs	Argumentos actitudinales, (información), argumentos de habilidades conductuales y suministro de preservativos.	Argumentos actitudinales, (información), argumentos de habilidades conductuales, suministro de preservativos, entrenamiento en habilidades para usar el preservativo y entrenamiento en habilidades interpersonales.
	PBUPs	Argumentos actitudinales, información, y argumentos de habilidades conductuales.	Argumentos actitudinales, información, argumentos de habilidades conductuales, entrenamiento en habilidades de auto-manejo, y asesoramiento en VIH y pruebas de detección.

Notas: HSHs=hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; UDIs=usuarios de drogas inyectables; PUDIs=parejas de usuarios de drogas inyectables; HPMs=heterosexuales con parejas múltiples; PBUPs=personas con bajo uso de preservativo.

(Merchan-Hamann *et al.*, 2002). Además, diversos estudios muestran que los adolescentes no escolarizados y los jóvenes que viven en la calle tienen un mayor riesgo de contraer el SIDA porque tienen más probabilidades de mantener relaciones sexuales desprotegidas (Stonim-Nevo y Mukuka, 2005). También se ha detectado que los jóvenes que comienzan su actividad sexual de forma más precoz tienen más probabilidades de exponerse a riesgos de salud reproductiva y sexuales (Ubillos y Navarro, 2003). Por tanto, para asegurar que los jóvenes sean educados en la prevención de conductas de riesgo, es necesario que los programas se dirijan a los adolescentes más jóvenes y enfatizan el uso de preservativo consistente. La intervención descrita en el Capítulo 10 se dirige justamente a grupos de preadolescentes que todavía no han iniciado su actividad sexual coital.

Debido a su condición de mujeres jóvenes, esta población se encuentra con una serie de barreras a la hora de usar el preservativo en sus relaciones sexuales. Antes de diseñar un programa, es esencial que se conozcan las dificultades propias de cada población.

4.1. Dificultades de las mujeres jóvenes frente a la prevención del VIH/SIDA

La mejor protección contra la transmisión del VIH en el caso de las mujeres sexualmente activas es el uso consistente de preservativos, acción que requiere la cooperación de la pareja masculina (Dolcini y Catania, 2000). Por tanto, las mujeres deben primero mantener discusiones o negociaciones acerca del uso del preservativo con sus parejas masculinas (Saul, Norris, Bartholow, Dixon, Peters y Moore, 2000). Sin embargo, esta negociación puede ser difícil para las mujeres que se encuentran en una situación más desfavorecida. Los motivos que subyacen a esta situación son complejos.

Existen, en primer lugar, una serie de barreras, reflejo de la socialización de los roles de género, que conducen a las mujeres a ser dependientes de sus parejas masculinas e incapaces de reafirmarse en las situaciones sexuales (Amaro, 1995; Dolcini y Catania, 2000). Las expectativas del rol de género pueden reflejar la creencia de que las mujeres deben ser pasivas sexualmente y acceder a los deseos y necesidades de sus parejas. Adicionalmente, la socialización femenina puede contribuir a la culpa sexual y al mantenimiento de dobles estándares sobre qué conducta sexual es apropiada (Dolcini y Catania, 2000). Esta influencia patriarcal donde los hombres tienen el control y el poder sobre las relaciones y el uso del preservativo, y donde se espera un rol sumiso por parte de las mujeres, es frecuente entre algunos colectivos (Glasman y Albarracín, 2003; Marín, Gómez, Tschann y Gregorich, 1997; Ubillos y Navarro, 2003). Estos escenarios culturales tradicionales también pueden dificultar el uso del preservativo entre los hombres de estos grupos (Marín *et al.*, 1997). Las teorías legas tradicionales sobre las diferencias de género tienden a asociar el impulso sexual incontrolable con la «masculinidad» (Glasman y Albarracín, 2003). A este respecto, interrumpir el acto sexual para comprar preservativos cuando no se tienen a mano puede ser incongruente con el autoconcepto masculino.

Desde la perspectiva de los escenarios sexuales, diversos estudios indican que la falta de insistencia en el uso de este método de prevención por parte de las mujeres, especialmente en las relaciones comprometidas y monógamas, se deriva de su interferencia con la confianza, la intimidad y el placer (Ehrhardt *et al.*, 2002).

Las conclusiones que se derivan de la literatura sobre poder y mujer son coherentes con la perspectiva de los escenarios sexuales. El poder de relación se plantea a menudo como la habilidad para tomar decisiones sexuales en el marco de la interacción de pareja. Dos de las variables relacionadas con el constructo de poder en la relación, la implicación y la inversión, pueden describir un fuerte vínculo entre las parejas íntimas. Sin embargo, una persona muy comprometida puede tener dificultad para ser asertiva, por ejemplo a la hora de proponer el uso del preservativo, dada la necesidad de asegurar que su relación continúe, y debido a que estas mujeres pueden percibir que no tienen alternativas mejores a la relación. Esto podría ser un desafío especialmente para las mujeres muy comprometidas y que invierten mucho y que saben o sospechan que sus parejas están teniendo relaciones sexuales con otra persona; éstas pueden tener miedo de que sus parejas puedan elegir otras relaciones si ellas insisten en el sexo seguro (Saul *et al.*, 2000).

Atendiendo a factores estructurales, la pobreza en la que viven muchas mujeres puede impedir también prácticas de sexo seguro. Estas mujeres pueden verse superadas por el número de estresantes cotidianos que experimentan, y el riesgo de SIDA puede ser un problema relativamente menor cuando se compara con la necesidad de vivienda, comida, empleo y seguridad que le requieren atención inmediata. El estrés y las formas de enfrentarse a él pueden estar relacionados con las conductas de riesgo de SIDA. Por ejemplo, debido a los problemas económicos, los niveles de prostitución son mayores entre estas mujeres.

Otros factores estructurales como las barreras de acceso (por ejemplo, información, servicios de salud, independencia financiera) conducen a ciertos grupos de mujeres a un aumento en su probabilidad de adquirir el VIH u otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) (Salabarría-Peña, Lee, Montgomery, Hopp y Muralles, 2003).

Por otra parte, los jóvenes se caracterizan por tener que enfrentarse a numerosas barreras que dificultan el uso del preservativo en las potenciales relaciones sexuales de riesgo. Además de las dificultades propuestas por los modelos teóricos descritos previamente, el uso del preservativo está menos asociado a la duración de la relación que a la presencia de confianza, monogamia, compromiso, reconocimiento público y apego emocional (Bauman y Berman, 2005; Ubillos y Navarro, 2003), de suerte que cuando los adolescentes comienzan una nueva relación, o están manteniendo una relación sexual lúdica, tienden a utilizar preservativos hasta que la relación se hace más estable y más comprometida. El uso del preservativo se hace, entonces, cada vez más intermitente, y si este método, junto al coito interrumpido, era utilizado principalmente para la prevención del embarazo, la chica tiende a obtener otra forma de control de natalidad, y se dejan de utilizar los preservativos. Se ha encontrado que las relaciones sexuales nuevas que se originan en la adolescencia declinan el uso del preservativo en un periodo menor de un mes a niveles similares a los de las relaciones estables.

A esto hay que añadir que las relaciones que se establecen en la adolescencia se caracterizan por la ambigüedad, lo que conlleva que las transiciones a un tipo de relación más íntima sean muy confusas. Esto es debido, en parte, a la ausencia de comunicación entre las parejas. La comunicación directa entre ellas acerca del estatus de su relación no suele ser frecuente, y se suelen utilizar terceras personas, tales como amigos, para clarificarlo. La comunicación no verbal es otro cauce que suelen utilizar los adolescentes para determinar la evolución de la relación. Todo ello supone dificultades para la negociación y adopción de conductas preventivas (Bauman y Berman, 2005).

El proyecto de Intervención Comunitaria sobre la Prevención Sexual del VIH/SIDA que se presenta a continuación ha tenido en cuenta las especificidades de las mujeres adolescentes, tanto en el diseño de su estructuración, contenidos, metodología y sistema de evaluación.

4.2. Proyecto de intervención comunitaria dirigido a la prevención sexual del VIH/SIDA de mujeres jóvenes

Este proyecto se diseñó específicamente para una población de mujeres jóvenes del barrio de Alza situado en la ciudad de San Sebastián. El Departamento de Juventud del Ayuntamiento de San Sebastián financió durante la década de los 90 dicho proyecto con el objetivo de incrementar el bienestar de estas mujeres adolescentes proporcionándoles recursos personales y estructurales dirigidos a la prevención de los riesgos sexuales, y en particular del VIH/SIDA. Antes de diseñar la intervención se llevó a cabo una evaluación de las características estructurales y personales de la población diana. Esta evaluación sirvió para adaptar la propuesta inicial a las necesidades específicas de este colectivo.

El barrio de Alza donde se enmarca esta intervención es una de las zonas relativamente marginales de San Sebastián. La orografía accidentada del barrio, acompañada de un desarrollo desordenado y una alta densidad de viviendas, todo ello propio de un urbanismo especulativo o de escasa calidad, han dificultado la aplicación de soluciones con la celeridad que fue posible en otros barrios donostiarras. El peso poblacional del barrio de

Alza es del 11 por ciento sobre el total de la población de Donosita (en torno a 180.000 habitantes). Situado al este de la ciudad es la máxima expresión de barrio donostiarra receptor del crecimiento registrado en los años desarrollistas. Se sitúa en los puestos más bajos en el ranking de estatus socioeconómico, principalmente por sus niveles de renta (1.531 euros hogar/mes; 46 por ciento menos que los barrios a la cabeza del ranking). La situación sociolaboral de las personas que conviven en los hogares de Alza corre pareja con su bajo nivel de ingresos.

La situación de las mujeres adolescentes objetivo de nuestra intervención es un reflejo de la coyuntura del barrio en el que viven. La mayoría pertenecen a familias desestructuradas caracterizadas por la ausencia de uno de los progenitores, acceso a empleos precarios, cierto hacinamiento; en algunas familias se dan incluso problemas de drogas, alcoholismo, etc. Un gran porcentaje de estas mujeres tienen entre 16 y 18 años, y todas ellas han abandonado los estudios a una edad muy temprana. Centrándonos en su historia sexual, estas jóvenes se diferencian de sus pares escolarizadas en: *a)* un inicio más precoz de las relaciones sexuales coitales; *b)* un número mayor de parejas sexuales dentro de un escenario monógamo serial; *c)* una adopción mayor de un rol sexual tradicional; *d)* un número mayor de parejas masculinas con relaciones sexuales simultáneas, o una historia de riesgos sexuales, uso de alcohol y otras sustancias, y *e)* una incidencia mayor de relaciones coitales desprotegidas. En síntesis, estas mujeres adolescentes presentan un mayor perfil de riesgo.

La intervención comunitaria que se ha llevado a cabo el barrio de Alza pretende implicar al barrio en su totalidad a través de la movilización y acción participativa de estas jóvenes. Se trata de incrementar el *empowerment* de estas mujeres a fin de que dispongan de recursos que les permitan reducir sus riesgos sexuales frente al VIH/SIDA. Frente a la desigualdad de género y a la falta de capacidad para negociar el poder, en los últimos años se han enfatizado las intervenciones para incrementar este rasgo en las mujeres a fin de capacitarlas para negociar el sexo seguro con sus parejas (Amaro, 1995). Las estrategias de *empowerment* como un medio de contener el VIH/SIDA suponen acceso a la educación, a la información sobre VIH/SIDA, a las actividades que generen ingresos, al conocimiento de los derechos humanos y legales al sufragio y a los recursos contra el abuso (UNIFEM, 2000). El estudio de Greig y Koopman (2003) que examinó el *empowerment* de las mujeres respecto a la prevención sexual del VIH, indica que el uso del preservativo está relacionado, a nivel nacional, con la educación, y a nivel individual, con el poder negociador y con la independencia económica. Además, el poder de negociación está asociado con la independencia económica, y en menor medida, con el consumo de alcohol. El hallazgo de que la independencia económica es el factor más relacionado con el poder negociador apoya la teoría de que la dependencia económica compromete la habilidad de las mujeres para negociar sexo seguro. Además, aquellas mujeres que tienen un mayor poder de negociación suscriben menos las normas sociales de su cultura respecto a los roles de género en la toma de decisiones y en la sexualidad. A fin de producir cambios de conducta sexual eficaces entre los grupos de mujeres más vulnerables frente al VIH/SIDA, en este proyecto se ha incorporado, junto a las estrategias de *empowerment*, la perspectiva del género y del contexto social (Amaro, 1995; Sterk, Klein y Elifson, 2003). La incorporación de este tipo de estrategias ha supuesto que esta intervención psicosocial de corte comunitario haya discurrido a lo largo de una serie de fases (*véase* Cuadro 4.5):

1. En primer lugar, se han llevado a cabo un conjunto de actividades previas a la propuesta de intervención, que han consistido en:
 - 1.1. Inicialmente, las técnicas junto a las educadoras de calle, que han sido las profesionales responsables de la difusión, organización y planificación del proyecto, llevaron a cabo una evaluación para detectar las necesidades de las mujeres jóvenes del barrio que se encontraban en una situación de riesgo en materia de sexualidad.
 - 1.2. A partir de los datos obtenidos de la evaluación de necesidades, las profesionales en educación sexual y prevención sexual VIH/SIDA elaboraron una propuesta inicial de intervención.

- 1.3. A continuación se han desarrollado una serie de reuniones de coordinación entre las educadoras de calle y las profesionales.
2. En segundo lugar, las educadoras de calle se pusieron en contacto con otros mediadores sociales a fin de impulsar todas las propuestas acordadas en las reuniones de preparación previas:
 - 2.1. Contactos con los responsables de los talleres ocupacionales del barrio para proponerles la realización de Talleres de Sexo Más Seguro dirigidos a las y los jóvenes que acuden a estos servicios.
 - 2.2. Contactos con los responsables de diversos recursos comunitarios que existen en el barrio (asistentes sociales, responsables de la casa de cultura, responsables del «gatzetxe» o casa de la juventud, lugares de encuentro juvenil para el ocio diurno, médicos del centro de salud) para invitarles a participar en cursos de formación sobre las estrategias que resultan más adecuadas a la hora de tratar con las/os jóvenes en el área de la sexualidad y la prevención de riesgos sexuales.
 - 2.3. Contactos con los responsables de las distintas asociaciones de tiempo libre del barrio para plantearles la posibilidad de que los monitores se formen en el diseño y aplicación de programas de sexualidad y riesgos sexuales.
 - 2.4. Contacto con los responsables del plan de prevención y control del SIDA a fin de derivar jóvenes para que se sometan a las pruebas de detección del VIH/SIDA.
3. Una vez que las educadoras de calle han contactado con los responsables de los talleres ocupacionales del barrio, las profesionales han aplicado diversas intervenciones psicosociales que se dirigieron al colectivo de mujeres y hombres adolescentes que asisten a dichos talleres.
4. Después de la realización de los talleres de sexo más seguro, las/os jóvenes han diseñado y aplicado diversas intervenciones sobre la prevención sexual del VIH siguiendo la estrategia «por pares». Es decir, las/os adolescentes previamente formadas/os como «agentes de salud» son las personas encargadas de difundir los mensajes de prevención a otros jóvenes y colectivos del barrio.

CUADRO 4.5. INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS SEXUALES

Fases y actividades	Responsables y Personas Involucradas
1. Actividades previas: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de necesidades. • Propuesta inicial de intervención. • Reuniones de Coordinación y Planificación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Educadoras de Calle. • Responsables del Proyecto.
2. Reuniones de Coordinación y Planificación con mediadores sociales: <ul style="list-style-type: none"> • Dpto. de Bienestar Social del Ayuntamiento. • Talleres Ocupacionales. • Casa de Cultura. • Casa de la Juventud. • Centro de Salud. • Plan de Prevención y Control del SIDA. • Asociaciones de Tiempo Libre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Educadoras de Calle. • Responsables del Proyecto. • Asistentes Sociales. • Monitores de Talleres Ocupacionales. • Responsables de la Casa de Cultura. • Responsables de la Casa de la Juventud. • Médicos del Centro de Salud. • Responsables del Plan de Prevención y Control del SIDA. • Responsables de las Asociaciones de Tiempo Libre.

CUADRO 4.5. INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS SEXUALES (Cont.)

Fases y actividades	Responsables y Personas Involucradas
3. Aplicación de los Talleres de Sexo Más Seguro impartidos por profesionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Responsables del Proyecto o Profesionales. • Jóvenes que asisten a los Talleres Ocupacionales.
4. Diseño y Aplicación de Intervenciones «Por Pares». <ul style="list-style-type: none"> • Talleres de Sexo Más Seguro «Por Pares». • Campaña de Actividades sobre Sexualidad y Prevención de Riesgos Sexuales «Por Pares». 	<ul style="list-style-type: none"> • Jóvenes formados como «Agentes de Salud». • Jóvenes que no asisten a ningún servicio educativo. • Responsables del Proyecto o Profesionales.
5. Cursos de Formación en Sexualidad y Riesgos Sexuales.	<ul style="list-style-type: none"> • Educadoras de Calle. • Asistentes Sociales. • Monitores de Talleres Ocupacionales. • Responsables de la Casa de Cultura. • Responsables de la Casa de la Juventud.
6. Cursos de Formación en Programas de Sexualidad y Riesgos Sexuales.	<ul style="list-style-type: none"> • Monitores de Tiempo Libre: jóvenes voluntarios de las asociaciones.

- Paralelamente, se puso en marcha un programa de formación dirigido a los mediadores sociales del barrio con quienes las educadoras de calle se habían puesto previamente en contacto. El objetivo de este programa es proporcionarles recursos teóricos y metodológicos para detectar potenciales situaciones sexuales de riesgo.
- Por último, se ha formado a los monitores de tiempo libre para que diseñen y apliquen programas de sexualidad y prevención sexual de ETS y SIDA dirigidos a las/os preadolescentes y adolescentes que acuden a sus asociaciones.

A continuación, nos centraremos en describir de forma más detallada la aplicación de los talleres de sexo más seguro y las distintas intervenciones «por pares».

4.2.1. Talleres de Sexo Más Seguro

Los talleres de «Sexo Más Seguro» impartidos por profesionales tuvieron una duración de 24 horas, distribuidas en 12 sesiones de 2 horas cada una. Cada semana se han llevado a cabo dos sesiones en los locales de los talleres ocupacionales dentro del horario de sus actividades cotidianas. Además, se realizaron tres sesiones de evaluación: una antes del programa (pre-test), otra después del programa (post-test 1), y otra a los seis meses de terminar el taller (post-test 2).

Los contenidos abordados se refieren principalmente a las variables que los modelos teóricos señalan como relevantes en la adopción de conductas sexuales de riesgo o preventivas. Estos talleres de prevención sexual del VIH se enmarcan dentro de un proyecto general de educación sexual, de suerte que en algunas sesiones se han tratado temas de la sexualidad directamente implicados con la realización de conductas sexuales de riesgo. De esta forma cada taller se divide en dos grandes apartados (véase Cuadro 4.6):

CUADRO 4.6. CONTENIDOS Y METODOLOGÍA DE LOS TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO

Sesión	Contenido	Metodología	Talleres Ocupacionales: Semanas		Sesiones Conjuntas
			Mujeres	Hombres	
1ª Sesión	Presentación. Evaluación pre-test.	Dinámica de presentación. Pasación del cuestionario pre-test.	Primera	Segunda	
2ª Sesión	Diagnóstico previo. Información correcta e incorrecta (mitos). Actitudes hacia la sexualidad.	Brainwriting: «Sexo y sexualidad».	Primera	Segunda	
3ª Sesión	Información correcta e incorrecta (mitos). Actitudes hacia la sexualidad.	Subgrupos: «Anatomía y fisiología sexual masculina y femenina».	Segunda	Tercera	
4ª Sesión	Roles y conductas sexuales.	Debate «Roles sexuales que asumen los y las jóvenes».	Segunda	Tercera	
5ª Sesión	Información correcta e incorrecta (mitos). Actitudes hacia la sexualidad.	Panel integrado «Autoerotismo femenino y masculino».	Tercera	Cuarta	Confrontación chicas-chicos: «Autoerotismo».
6ª Sesión	Información correcta e incorrecta (mitos). Actitudes hacia la sexualidad.	Phillips 66 «Relaciones coitales».	Tercera	Cuarta	Confrontación chicas-chicos: «Relaciones coitales».
7ª Sesión	Información correcta e incorrecta (mitos). Actitudes hacia el sexo y prevención sexual.	«Brainstorming» y discusión dirigida «Conductas sexuales de riesgo y preventivas».	Cuarta	Quinta	
8ª Sesión	Percepción de control, ilusión de control, Autoeficacia.	Elaboración «Escenarios románticos y hedonistas». Propuestas para mantener relaciones sexuales».	Cuarta	Quinta	Role-Playing «Escenarios románticos frente a hedonistas».
9ª Sesión	Información correcta e incorrecta (mitos). Percepción de riesgo y gravedad. Emociones. Uso de alcohol y drogas.	Análisis de las dificultades para proponer conductas de sexo más seguro en escenarios románticos y hedonistas.	Quinta	Sexta	Estudio de consecuencias de la conducta adoptada en escenarios románticos/hedonistas. Diagnóstico «VIH/SIDA».
10ª Sesión	Norma subjetiva y descriptiva. Actitud de la pareja.	Discusión dirigida «Mensajes familiares, escolares, mass media y grupo de iguales».	Quinta	Sexta	
11ª Sesión	Costes y beneficios de las medidas preventivas.	Matrices de costes y beneficios: «Uso del preservativo, del preservativo femenino, diafragma y espermicidas».	Sexta	Séptima	
12ª Sesión	Uso del preservativo.	Modelaje y entrenamiento del uso del preservativo.	Sexta	Séptima	
13ª Sesión	Habilidades conductuales. Habilidades de auto-manejo. Autoeficacia. Pruebas de detección del VIH.	Modelaje y entrenamiento para proponer el uso del preservativo, alternativas a las conductas de riesgo, o decir «no». Asesoramiento pruebas de detección del VIH. Suministro de preservativos.	Séptima	Octava	Modelaje y entrenamiento «feedback» para proponer las distintas conductas de prevención. Asesoramiento pruebas de detección del VIH. Suministro de preservativos.
14ª Sesión	Evaluación post-test I (una semana).	Cuestionario post-test. Entrevistas en profundidad y Grupos de discusión. Suministro de preservativos.	Séptima	Octava	
15ª Sesión	Evaluación post-test II (6 meses).	Cuestionario de seguimiento. Suministro de preservativos.	Octava	Novena	

1. Además de un diagnóstico previo de los conocimientos, actitudes y conductas sexuales de las/los participantes, las primeras seis sesiones se dedicaron a proporcionar información correcta, eliminar mitos o falsas creencias y modificar actitudes negativas sobre diversos aspectos de la sexualidad propios de la etapa evolutiva en la que se encontraban las/os jóvenes. Durante estas sesiones, además de conocimientos sobre anatomía y fisiología sexual, se trabajaron los siguientes temas: orientación del deseo, roles sexuales, autoerotismo masculino y femenino, primeras relaciones sexuales coitales, etc. Se trataba de abordar la sexualidad desde una concepción positiva capaz de fomentar la calidad de la vida sexual de los/as jóvenes, y en definitiva que ayude a incrementar su bienestar.
2. A partir de la séptima sesión se introduce la problemática de los riesgos sexuales, y en particular la transmisión sexual del VIH. Para ello se han seguido las recomendaciones que se extraen de las aportaciones realizadas por los modelos teóricos y aproximaciones que hemos revisado anteriormente (véase Cuadro 4.2.). El objetivo de la séptima sesión es dar información y reducir mitos sobre la prevención sexual de los embarazos no deseados (END), las ETS, el VIH/SIDA. En el resto de las sesiones se abordan los factores implicados en la adopción de diversas conductas sexuales preventivas (uso del preservativo, realización de prácticas sexuales sin riesgo, y «decir que no»): actitudes, norma subjetiva y descriptiva, percepción e ilusión de control, percepción de gravedad y de riesgo, habilidades conductuales y autoeficacia. Siguiendo las recomendaciones de diversos estudios (Bauman y Berman, 2005; Páez *et al.*, 1994), todos estos factores se encuadraron dentro del contexto relacional de toma de decisión de la conducta de prevención, y la forma en la que la confianza, el compromiso y el amor afectan al riesgo (escenario romántico frente a hedonista). De forma que en la octava sesión se abordaron los diferentes tipos de escenarios normativos, ya que las investigaciones indican que las intervenciones pueden ser efectivas al incrementar el uso del preservativo en las relaciones hedonistas, pero pueden no serlo tanto para las relaciones que se caracterizan por el compromiso y enamoramiento, en las que no se percibe la necesidad de usar el preservativo. Por último, una estrategia recomendada para los jóvenes es el suministro directo de preservativos (Albarracín *et al.*, 2005).

Por otra parte, siguiendo las pautas de actuación propuestas por los modelos de etapas de cambio, los argumentos y estrategias metodológicas se han ido ajustando a la etapa motivacional en la que se encontraban las/os participantes. En un primer momento, las sesiones se centraron en proporcionar información e inducir actitudes favorables a través de la aplicación de estrategias de corte pasivo, y a medida que las participantes iban adoptando la idea de cambio y comenzaban a ejecutar la conducta, se aplican estrategias activas con el fin de abordar los aspectos emocionales que interfieren en la adopción de conductas de prevención y de proporcionar habilidades conductuales y de auto-manejo.

Estas intervenciones se aplicaron tanto en talleres ocupacionales femeninos como masculinos. Los programas se comenzaron a impartir en talleres donde sólo asistían mujeres adolescentes, y una semana después en los talleres masculinos. A medida que iba avanzando la formación, las chicas acompañaron de forma voluntaria a las profesionales a los talleres de chicos para hacer algunas sesiones de forma conjunta. Debido a que un gran porcentaje de las chicas y chicos que acuden a este tipo de talleres ocupacionales pertenecen a las mismas redes sociales, y en algunos casos han sido o son pareja, esta estrategia de sesiones conjuntas es especialmente aconsejable. La formación previa que van recibiendo las mujeres adolescentes les permite ejercer un rol activo durante la ejecución de los programas en los talleres masculinos. Además, estas sesiones conjuntas les permite entrenar con sus pares «masculinos» las habilidades interpersonales o de auto-manejo aprendidas en las intervenciones que han recibido previamente (véase Cuadro 4.6, sesiones conjuntas).

En el diseño de estos talleres se ha tenido en cuenta que, a excepción del suministro del preservativo que es efectivo para hombres y mujeres, todas las estrategias tienen un impacto diferente en función del género. Por

ejemplo, aun cuando el entrenamiento en habilidades de auto-manejo y el asesoramiento y las pruebas de detección del VIH son efectivos en ambos sexos, sus efectos eran más fuertes para las mujeres que para los hombres. Además, mientras que los argumentos actitudinales e informativos están relacionados con el incremento en el uso del preservativo sólo en las mujeres, los argumentos de habilidades conductuales y el entrenamiento en las habilidades para el uso del preservativo están relacionados con el aumento en el uso de preservativo sólo en hombres (Albarracín *et al.*, 2005).

Junto a estos entrenamientos, y debido a que las mujeres tienen muchas dificultades para usar consistentemente el preservativo con sus parejas, se planteó la necesidad de potenciar los métodos de reducción de riesgos alternativos que estén bajo su control, como son el preservativo femenino y el diafragma (*véase* Cuadro 4.6, 11ª sesión). En este sentido, el Instituto de SIDA de Nueva York ha desarrollado y recomendado una aproximación jerárquica para la reducción del riesgo de VIH/ETS que incluye el preservativo masculino y femenino, el diafragma con espermicida, y espermicida sólo (Ehrhardt *et al.*, 2002). Además del uso de métodos de barrera bajo el control de la mujer, es posible aumentar su seguridad mediante el aprendizaje de habilidades para negarse a mantener relaciones sexuales de riesgo, para plantear relaciones no coitales como una alternativa a las relaciones de penetración desprotegidas, y para proponer a la pareja la obtención de pruebas de detección del VIH mutuas anteriores a las relaciones coitales sin preservativo (*véase* Cuadro 4.6, 13ª sesión). Algunos autores indican que estas estrategias pueden tener alguna eficacia protectora, y que podrían ser incorporadas en la serie de alternativas disponibles para que las mujeres se protejan (Ehrhardt *et al.*, 2002).

Los análisis previos nos han indicado que en el caso de estas mujeres eran aconsejables los entrenamientos en asertividad y comunicación con sus parejas para superar las desigualdades de género que afectan a la manera en que se negocia el uso del preservativo y a la negociación eficaz del sexo seguro (Choi, *et al.*, 2004; Dilorio, *et al.*, 2000). Sin embargo, los inconvenientes sociales y económicos, así como los desequilibrios en el poder, colocan a algunas mujeres en desventaja para imponer su posición frente a sus parejas y para tener acceso a los preservativos (Glasman y Albarracín, 2003). Como consecuencia es importante detectar cuándo pueden ser inapropiados estos entrenamientos en asertividad para las mujeres que están en situaciones desfavorecidas, ya que pueden poner en peligro la vida de las mujeres víctimas de la violencia (Wingood y DiClemente, 1998).

4.2.2. Talleres de Sexo Más Seguro «Por Pares»

El meta-análisis de Albarracín *et al.* (2005) muestra que mientras que los argumentos normativos favorables al uso del preservativo influyen positivamente en las personas menores de 21 años, esta estrategia provoca reactividad en la mayoría de los casos. Esto sugiere que los más jóvenes no perciben como indeseable la toma de decisiones basada en el consenso social, mientras que los adultos son más propensos a tratar de actuar independientemente, aun cuando no pueden escaparse de la influencia de las normas, incluso si la influencia termina siendo una reacción contra las normas (*véase* Cuadro 4.4). Este hallazgo no es sorprendente dado que diversos estudios han demostrado que, entre los adolescentes, las normas del grupo de pares y de los amigos se asocian consistentemente con la conducta sexual (Dolcini *et al.*, 2004). En definitiva, estos estudios apoyan las aproximaciones orientadas por los pares para los adolescentes y los niños, pero desaconseja la aplicación de argumentos normativos para el resto de los grupos. Atendiendo a estas recomendaciones, en este proyecto se han diseñado una serie de intervenciones «por pares», como son los talleres de sexo más seguro y una campaña de actividades sobre sexualidad y prevención sexual.

La realización de los talleres de sexo más seguro «por pares» requirió la ejecución de los siguientes pasos (*véase* Cuadro 4.7):

1. La captación de jóvenes potenciales participantes de los talleres de sexo más seguro «por pares» se hace a través de un trabajo en redes que integra distintos estamentos de la comunidad. Las/os jóvenes que habían asistido a los anteriores talleres de sexo más seguro sociales captaron a jóvenes del barrio a través de sus

- propias redes sociales. Las educadoras de calle contactaron preferentemente con adolescentes que no asisten a ningún establecimiento educativo y a madres o padres adolescentes para invitarles a que asistan a los talleres. Los responsables de las casas de la juventud, por su parte, captaron jóvenes que acuden cotidianamente a estos sitios.
2. La captación de jóvenes que impartan estos talleres se realizó entre las personas que habían participado de forma previa en los talleres de sexo más seguro. El objetivo fundamental era captar preferentemente chicas adolescentes, de forma que aproximadamente un 66 por ciento de las personas que se forman como «agentes de salud» son mujeres. Los/as jóvenes que participaron de forma voluntaria en esta experiencia cumplían una serie de requisitos: ejercían un cierto liderazgo positivo en sus grupos y mostraban una gran motivación e interés hacia el tema, lo que reflejaba su alto nivel de participación y asistencia a lo largo de las sesiones. Además, poseen un cierto nivel de conocimientos, actitudes muy positivas hacia la sexualidad y la prevención sexual, y declararon tener intención de adoptar conductas sexuales saludables o haberlas adoptado.
 3. La formación de estas/os jóvenes como «agentes de salud» se ha llevado a cabo bien en la Casa de Cultura, o en la Casa de la Juventud del barrio. Su duración fue de 6 horas, distribuidas en 3 sesiones de 2 horas. El objetivo de esta formación dirigida por las responsables del proyecto era clarificar las tareas que iban a desarrollar como «agentes de salud», y formarles en la difusión de los mensajes de prevención sexual, tanto en los contenidos como en los procedimientos metodológicos.
 4. Aplicación de los Talleres de Sexo Más Seguro «Por Pares». Las/os jóvenes entrenadas/os como «agentes de salud» fueron las personas responsables de impartir estos talleres, bajo la supervisión de las/os profesionales o técnicos. Por cierto, en el Capítulo 10 aparecerán de nuevo los educadores de salud en un programa parecido al que estamos describiendo.

CUADRO 4.7. FASES DE LOS TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO «POR PARES»

Fases y Actividades	Responsables y Personas Involucradas
1. Captación de Jóvenes que asistan a los Talleres de Sexo Más seguro «Por Pares».	<ul style="list-style-type: none"> • Jóvenes participantes de los Talleres de sexo más seguro. • Educadoras de Calle. • Responsables del «Gaztetxe» o Casa de la Juventud.
2. Captación de Jóvenes que impartan estos Talleres.	<ul style="list-style-type: none"> • Responsables del Proyecto. • Educadoras de Calle.
3. Formación de Jóvenes como «agentes de salud».	<ul style="list-style-type: none"> • Jóvenes participantes de los Talleres de Sexo Más Seguro. • Responsables del Proyecto.
4. Aplicación de los Talleres de Sexo Más seguro «Por Pares».	<ul style="list-style-type: none"> • Jóvenes formados como «Agentes de Salud». • Jóvenes que no asisten a ningún servicio educativo. • Responsables del Proyecto.

Los Talleres «Por Pares» tienen una duración de 16 horas, distribuidas en 8 sesiones de 2 horas cada una. Además, a fin de evaluar este tipo de intervenciones se han realizado otras tres sesiones: una antes y dos después de su realización. Los locales utilizados para llevar a cabo estas intervenciones fueron los mismos que se utilizaron en el periodo de formación. El esquema que se utilizó fue similar al de los talleres impartidos por los técnicos. Las sesiones se dividieron en dos grandes apartados: en un primer momento, se abordan los temas sexuales

específicos de la etapa psicosexual en la que se encontraban las/os participantes, para pasar después a trabajar las variables asociadas a las conductas sexuales de riesgo o prevención. Los argumentos y estrategias pedagógicas utilizadas también se adaptaron a la fase motivacional en la que se encontraban las/os asistentes (véase Cuadro 4.8).

CUADRO 4.8. CONTENIDOS Y METODOLOGÍA DE LOS TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO «POR PARES»

Sesión	Contenido	Metodología
1ª Sesión	Evaluación pre-test.	Aplicación del Cuestionario Pre-test.
2ª Sesión	Diagnóstico previo: conocimientos correctos e incorrectos (mitos). Actitudes hacia la sexualidad.	<i>Brainwriting</i> : «Sexo y sexualidad».
3ª Sesión	Información correcta e incorrecta (mitos). Actitudes hacia el autoerotismo y las relaciones coitales. Norma descriptiva y subjetiva.	Confrontación chicas-chicos: «Autoerotismo y Relaciones Coitales».
4ª Sesión	Información correcta e incorrecta (mitos): EDN, ETS y VIH/SIDA. Actitudes hacia las conductas de riesgo y prevención.	Tormenta de ideas y listado de «Conductas sexuales de riesgo y preventivas».
5ª Sesión	Escenarios sexuales. Percepción de control. Ilusión de control. Autoeficacia.	Role-Playing «Escenarios románticos/hedonistas: Propuestas para mantener relaciones sexuales».
6ª Sesión	Percepción de riesgo y gravedad. Emociones. Activación sexual. Uso de alcohol y drogas.	Estudio de las consecuencias de la conducta adoptada en los escenarios. Diagnóstico «VIH/SIDA».
7ª Sesión	Costes y beneficios de las distintas medidas preventivas.	Matrices de costes y beneficios sobre «Uso del preservativo», «Uso de otras medidas preventivas» (preservativo femenino, diafragma, espermicidas).
8ª Sesión	Uso del preservativo y preservativo femenino.	Modelaje y entrenamiento de su uso.
9ª Sesión	Habilidades conductuales. Habilidades de auto-manejo. Autoeficacia. Pruebas de detección del VIH.	Modelaje, entrenamiento, feedback para proponer el uso del preservativo, alternativas a las conductas sexuales de riesgo, o decir «no». Asesoramiento de las pruebas de detección del VIH. Suministro de preservativos.
10ª Sesión	Evaluación post-test I (una semana).	Cuestionario post-test. Entrevistas en profundidad. Grupos de discusión. Suministro de preservativos.
11ª Sesión	Evaluación post-test II (6 meses).	Cuestionario de seguimiento. Suministro de preservativos.

4.2.3. Campaña de actividades sobre Sexualidad y Prevención Sexual «Por Pares»

Siguiendo la estrategia «por pares», se ha diseñado una campaña de actividades sobre sexualidad y prevención sexual que ha requerido ejecutar los siguientes pasos (véase Cuadro 4.9):

1. Captación de jóvenes que se responsabilicen del diseño y aplicación de las distintas actividades que componen la campaña. Las educadoras de calle, junto con las técnicas, fueron las encargadas de seleccionar jóvenes voluntarias/os que previamente hubieran participado en los talleres de «sexo más seguro» y en los talleres «por pares» para que se hicieran cargo de esta experiencia. Los requisitos de las/os jóvenes seleccionadas/os eran similares a los de los jóvenes que han participado como «agentes de salud» en los talleres de sexo más seguro «por pares».
2. Planificación previa de la campaña. Se llevaron a cabo una serie de reuniones con las/os jóvenes seleccionados, las educadoras de calle y las técnicas para coordinar la campaña de actividades sobre sexualidad y prevención sexual. Durante estas reuniones se decidió conjuntamente llevar a cabo las siguientes actividades: charlas-debate dirigidas a las asociaciones de mujeres del barrio, emisiones de radio, concursos de «graffitis» y visitas al centro de planificación familiar del barrio. Las/os jóvenes «agentes de salud» se distribuyeron en grupos de trabajo, cada uno de los cuales asumió la responsabilidad de la organización y ejecución de una de las actividades.
3. Organización de las actividades. Cada grupo de trabajo, bajo la supervisión de las técnicas, se encargó de diseñar y estructurar su actividad correspondiente.
 - 3.1. *Las charlas-debates dirigidas a las asociaciones de mujeres del barrio.* Se han realizado dos reuniones de dos horas a fin de contactar con las asociaciones del barrio, estructurar los contenidos y la metodología de este encuentro, así como entrenar su ejecución.
 - 3.2. *Emisiones de radio.* Para organizar esta actividad se invirtieron 16 horas, distribuidas en 8 sesiones de 2 horas. Se llevaron a cabo reuniones de coordinación con los responsables de la radio del barrio en las que se decidieron los programas que se iban a emitir, se establecieron los contactos con las personas que iban a ser entrevistadas, se diseñaron los contenidos y metodología, y se entrenó su ejecución.
 - 3.3. *Concursos de carteles y graffitis.* Durante dos reuniones de dos horas cada una se diseñaron los carteles anunciadores del concurso y se establecieron sus bases (plazo, lugar de entrega, selección del/los ganadores-as, lugar de exposición, entrega de premios, etc.).
 - 3.4. *Visitas al centro de planificación.* Se destinaron 4 horas para su organización. El grupo, acompañado por una de las técnicas, contactó con una responsable del centro de planificación para proponerle y organizar las visitas a este servicio de salud. Después de consultarlo en el centro, nos manifestó el apoyo por parte de los profesionales implicados. Posteriormente, las/os «agentes de salud» se encargaron de contactar con jóvenes interesados en las visitas para distribuirlos en grupos y concertar las fechas y horarios.
4. Ejecución de la Campaña. Una vez organizadas las actividades, las/os jóvenes entrenados como «agentes de salud» se responsabilizaron de su ejecución bajo la supervisión de las técnicas.
 - 4.1. *Las charlas-debates dirigidas a las asociaciones de mujeres del barrio con una duración de 90 minutos,* se llevaron a cabo en los propios locales de las asociaciones de mujeres. Su objetivo era crear un espacio de comunicación entre las/os jóvenes y los adultos del barrio.
 - 4.2. *Emisiones de radio.* Las actividades programadas por las jóvenes consistieron en entrevistas con especialistas, debates entre jóvenes, historias de casos, mesas redondas, dramatizaciones, difusión

y comentarios de datos estadísticos obtenidos de encuestas administradas previamente a jóvenes del barrio, espacios musicales, etc. Para cada una de estas emisiones se destinó entre media y una hora.

- 4.3. *Concursos de carteles y graffitis.* Las/os «agentes de salud» se encargaron de divulgar estos concursos a través de trípticos, carteles y boca a boca. El tribunal que seleccionó los carteles y *graffitis* ganadores fueron las/os agentes de salud, las educadoras de calle, y una de las técnicas. Finalmente, se convocó a todos los participantes en los lugares de exposición para la entrega de premios que corrió a cargo del Departamento de Juventud del Ayuntamiento de San Sebastián.
- 4.4. *Visitas al centro de planificación.* Las «agentes de salud», junto a uno de los responsables del centro, guiaron a los grupos formados por 5 a 7 jóvenes en las visitas a este servicio.

CUADRO 4.9. CAMPAÑA DE ACTIVIDADES SOBRE SEXUALIDAD Y PREVENCIÓN SEXUAL «POR PARES»

Fases y Actividades	Responsables y Personas Involucradas
1. Captación de jóvenes «agentes de salud».	<ul style="list-style-type: none"> • Jóvenes participantes de los Talleres de Sexo más Seguro y de los Talleres de Sexo más Seguro «Por Pares». • Educadoras de Calle. • Responsables del Proyecto.
2. Planificación previa de la Campaña.	<ul style="list-style-type: none"> • Jóvenes seleccionados como «Agentes de Salud». • Educadoras de Calle. • Responsables del Proyecto.
3. Organización de las actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Charlas-debate dirigidas a las asociaciones de mujeres del barrio. • Emisiones de radio. • Concursos de carteles y <i>graffitis</i>. • Visitas al centro de planificación familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jóvenes formados como «Agentes de Salud». • Responsables del Proyecto.
4. Ejecución de las actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Charlas-debate dirigidas a las asociaciones de mujeres del barrio. • Emisiones de radio. • Concursos de cárteles y <i>graffitis</i>. • Visitas al centro de planificación familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jóvenes formados como «Agentes de Salud». • Responsables del Proyecto. • Educadoras de Calle. • Responsables de la Casa de Cultura. • Responsables de la Casa de la Juventud. • Jóvenes del Barrio. • Mujeres del Barrio. • Profesionales de la Radio. • Invitados a los profesionales. • Médicos del Centro de Salud.

5. CONCLUSIONES

El diseño de intervenciones psicosociales de corta duración, poco costosas y eficaces dirigidas a reducir los riesgos sexuales requiere conocer los determinantes psicosociales de las conductas de sexo seguro, las estrategias que han mostrado una mayor capacidad persuasiva y las especificidades de la población objetivo del proyecto.

En primer lugar, los planteamientos actualizados que integran los hallazgos más relevantes realizados en los veinticinco años de historia del VIH/SIDA nos proporcionan una serie de recomendaciones que pueden constituir la base de los contenidos de las intervenciones psicosociales dirigidas a la prevención sexual del VIH/SIDA.

En segundo lugar, aunque en general las estrategias activas son más eficaces, existen algunas circunstancias en las que es más apropiada la aplicación de técnicas de comunicación pasivas. La fase motivacional en la que se encuentra la población objeto de la intervención es quien nos indica cuáles son los contenidos y las estrategias que se deben seleccionar. De esta manera, el diseño de la intervención varía si el grupo se encuentra en las fases iniciales, es decir si todavía no están realizando la conducta, o si se encuentra en fases más avanzadas, es decir cuando comienzan a realizar la conducta.

En tercer lugar, las características propias de cada población, aquellas que la hacen más o menos vulnerable a la transmisión sexual del VIH/SIDA, nos indican cuáles son las principales dificultades con las que nos vamos a enfrentar a la hora de promocionar un determinado tipo de conducta preventiva, y por lo tanto los aspectos específicos sobre los que tenemos que incidir.

Siguiendo estas pautas, en el presente capítulo se ha descrito un proyecto comunitario de educación sexual dirigido a la prevención del VIH/SIDA entre mujeres jóvenes en situación de riesgo. Un proyecto de estas características debe comenzar con una evaluación inicial de la situación social y estructural en la que se encuentran estas mujeres, así como de su historia sexual. Esta evaluación nos ha indicado que se trata de mujeres que pertenecen a familias desestructuradas, que viven en un barrio relativamente marginal, que presentan un perfil de riesgo, y que se encuentran en las etapas iniciales de cambio respecto al uso de conductas preventivas. Por ello, la intervención se inicia con argumentos de corte informativo y actitudinal a través de estrategias pasivas, y a medida que avanza se abordan los argumentos conductuales y de auto-manejo junto con estrategias activas. La adquisición de habilidades por parte de estas mujeres les permite ir adoptando un papel más activo hasta convertirse en «agentes de salud», siendo las responsables del diseño y aplicación de distintas actividades psicosociales. Este tipo de estrategias incrementa el *empowerment* de los grupos sociales más desfavorecidos, lo que revierte en un mayor bienestar individual y comunitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behaviour. In J. Kuhl y J. Beckman (Eds.), *Action control from cognition to behaviour* (pp. 11-39). New York: Springer-Verlag.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 665-683.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Albarracín, D., Gillette, J. C., Earl, A. N., Glasman, L. R., Durantini, M. R. y Ho, M-H. (2005). A test of major assumptions about behaviour change: A comprehensive look at the effects of passive and active HIV-prevention interventions since the beginning of the epidemic. *Psychological bulletin*, 131, 856-897.
- Albarracín, D., Johnson, B. T., Fishbein, M. y Muellerleile, P. (2001). Reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127, 142-161.
- Albarracín, D., McNatt, P. S., Klein, C.t.F. Ho, R. M., Mitchell, A. L. y Kumkale, G. T. (2003). Persuasive communications to change actions: An analysis of behavioral and cognitive impact in HIV prevention. *Health Psychology*, 22, 166-177.
- Albarracín, D., McNatt, P. S., Williams, W. R., Hoxworth, T., Zenilamn, J., Ho, R. M., Rhodes, F., Malotte, C. K., Bolan, G. A. y Iatesta, M. (2000). Structure of outcome beliefs in condom use. *Health Psychology*, 19, 458-468.
- Amaro, H. (1995). Love, sex and power: Considering women's realities in HIV prevention. *American Psychologist*, 50, 437-447.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bauman, L. J. y Berman, R. (2005). Adolescent relationships and condom use: Trust, love and commitment. *AIDS and Behavior*, 9, 211-222.
- Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Education Monograph*, 2, 324-473.
- Bentler, P. M. y Speckart, G. (1979). Models of attitude-behavior relations. *Psychological Review*, 86, 452-464.
- Bentler, P. M. y Speckart, G. (1981). Attitude «cause» behaviors: a structural equation analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 226-238.
- Catania, J. A., Coates, T. J., Greenblatt, R. M., Dolcini, M. M., Kegeles, S. M., Puckett, S., Corman, M. y Miller, J. (1989). Predictors of condom use and multiple partnered sex among sexually active adolescent women: Implications for AIDS related health interventions. *Journal of Sex Research*, 26, 514-524.
- Catania, J. A., Kegeles, S. M. y Coates, T. J. (1990). Towards an understanding of risk behavior: An AIDS Risk Reduction Model (ARRM). *Health Education Quarterly*, 17, 53-72.
- Chamorro, L. (2004). VIH y SIDA en España. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 665-668.
- Choi, K. H., Wojcicki, J. y Valencia-Garcia, D., (2004). Introducing and negotiating the use of female condoms in sexual relationships: Qualitative interviews with women attending a family planning clinic. *Aids and Behavior*, 8, 251-261.
- Dilorio, C., Dudley, W. N., Soet, J., Watkins, J. y Maibach, E. (2000). A social cognitive-based model for condom use among college students. *Nursing Research*, 49, 208-214.
- Dolcini, M. M. y Catania, J. A. (2000). Psychosocial profiles of women with risky sexual partners: The National AIDS behavioral surveys (NABS). *AIDS and Behavior*, 4, 297-308.
- Dolcini, M. M., Canin, L., Gyelman, A. y Skolnik, H. (2004). Theoretical domains: A heuristic for teaching behavioral theory in HIV/STD prevention courses. *Health Promotion Practice*, 5, 404-417.
- Ehrhardt, A. A., Exner, T. M., Hoffman, S., Silberman, I., Yingling, S., Adams-Skinner, J. y Smart-Smith (2002). HIV/STD risk and sexual strategies among women family planning clients in New York: Project FIO. *AIDS and Behavior*, 6, 1- 13.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Fisher, J. D. y Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, *111*, 455-474.
- Freire, P. (1973). *Education for critical consciousness*. New York: Seabury.
- Gerrard, M., Gibbons, F. X. y Bushman, B. J. (1996). Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behavior. *Psychological Bulletin*, *119*, 390-409.
- Gibbons, F. X., Helweg-Larsen, M. y Gerrard, M. (1995) Prevalence estimates and adolescent risk behavior: cross-cultural differences in social influence. *Journal of Applied Psychology*, *80*, 107-121.
- Glasman, L. R. y Albarracín, D. (2003). Models of health-related behaviour: A study of condom use in two cities of Argentina. *AIDS and Behavior*, *7*, 183-193.
- Greig, F. E. y Koopman, Ch. (2003). Multinevel analysis of women's empowerment and HIV prevention: Quantitative survey results from a preliminary study in Bostwana. *AIDS and Behavior*, *7*, 195-208.
- Janz, N. K., y Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, *11*, 1-47.
- Kawachi, I. y Berkman, L. (2000). Social cohesion, social capital and health. In L. F. Berkman y I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 174-190). New York: Oxford University Press.
- London, A. S. y Robles, A. (2000). The co-occurrence of correct and incorrect HIV transmission knowledge and perceived risk for HIV among women of childbearing age in El Salvador. *Social Science and Medicine*, *51*, 1267-1278.
- Marín, B. V., Gómez, C. A., Tschann, J. M. y Gregorich, S. E. (1997). Condom use in unmarried Latino men: A test of cultural constructs. *Health Psychology*, *16*, 458-467.
- McFarland, W., Lindan, Ch. P., Mandel, J. y Rutherford, G. (2002). HIV Prevention in the developing world: Training researchers for the Long Haul. *AIDS and Behavior*, *6*, 207-209.
- Merchan-Hamann, E., Ekstry, M., Hudes, E. S. y Hearst, N. (2002). Prevalence and correlates of HIV-related risk behaviours among adolescents at public schools in Brasilia. *AIDS and Behavior*, *6*, 283-293.
- Misovich, S. J., Fisher, J. D. y Fisher, W. A. (1997). Close relationships and elevated HIV risk behavior: Evidence and possible underlying psychological processes. *Review of General Psychology*, *1*, 72-107.
- Morin, S. F., Vernon, K., Harcourt, J., Steward, W. T., Volk, J., Riess, T. H., Neilys, T. B., McLaughlin, M. y Coates, T. J. (2003). Why HIV infections have increased among men who have sex with men and what to do about it: Findings from California focus groups. *AIDS and Behavior*, *7*, 353-362.
- O'Leary, A., Maibach, E., Ambrose, T. K., Jemmott, J. B. y Celentano, D. D. (2000). Social cognitive predictors of sexual risk behaviour change among STD clinic patients. *AIDS and Behavior*, *4*, 309-316.
- ONUSIDA/OMS (2004). Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_pdf_sp/Table_countryestimates_sp.pdf
- Páez D., San Juan, C., Romo, I. y Vergara, A. (1991). *SIDA: Imagen y prevención*. Madrid: Fundamentos.
- Páez, D., Ubillos, S., Pizarro, M. y León, M. (1994). Modelos de Creencias de Salud y de la Acción Razonada aplicados al caso del SIDA. *Psicología General Aplicada*, *47*, 141-150.
- Páez, D., Ubillos, S., Sastre, J. y Sánchez, F. (1994). El amor en los tiempos del SIDA: Representaciones sociales de la enfermedad, del amor, del sexo y prevención. En L. Valenciano y R. Usieto (eds.), *Avances en el Tratamiento Médico y Psicosocial del SIDA* (pp. 299-318). Madrid: Centro de Estudios Sociales Aplicados.
- Petty, R. E. y Cacioppo, J. T. (1986). *Communication and persuasion: Central and peripheral routes to attitude change*. New York: Springer-Verlag.
- Pinkerton, S. D., Holtgrave, D. R., Johnson-Masotti, A. P., Turk, M. E., Hackl, K. L., DiFranceisco, W. y the NIMH Multi-site HIV Prevention Trail Group (2002). Cost-effectiveness of the NIHM multisite HIV prevention intervention. *AIDS and Behavior*, *6*, 83-96.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*. (pp. 184-214). Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., Harlow, L. L., Rossi, J. S. y Velicer, W. F. (1994). The transtheoretical model of change and HIV prevention: A review. *Health Education Quarterly*, *21*, 471-486.

- Rye, B. J., Fisher, W. A. y Fisher, J. D. (2001). The Theory of Planned Behavior and safer sex behavior of gay men. *AIDS and Behavior*, 5, 307-317.
- Salabarría-Peña, Y., Lee, J. W., Montgomery, S. B., Hopp, H. W. y Muralles, A. A. (2003). Determinants of female and male condom use among immigrant women of central American descent. *AIDS and Behavior*, 7, 163-174.
- Saul, J., Norris, F. H., Bartholow, K. K., Dixon, D., Peters, M. y Moore, J. (2000). Heterosexual risk for HIV among Puerto Rican women: Does power influence self-protective behaviour?. *AIDS and Behavior*, 4, 361-371.
- Sheeran, P., Abraham, Ch. y Orbell, Sh. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 190-132.
- Sterk, C. E., Klein, H. y Elifson, K. W. (2003). Perceived condom use self-efficacy among at-risk women. *AIDS and Behavior*, 7, 175-182.
- Stonim-Nevo, V. y Mukuka, L. (2005). AIDS-related knowledge, attitudes and behaviour among adolescents in Zambia. *AIDS and Behavior*, 7, 175-182
- Ubillos, S. (2001). Actitudes y Comportamientos Preventivos: Teorías Psicosociales aplicados al caso del SIDA. En J. L. González (dir.), *Intervención Psicosocial* (pp. 57-77). Burgos: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Burgos.
- Ubillos, S. y Navarro, E. (2003). Adolescencia y Educación Sexual. En D. Páez, I., Fernández, S. Ubillos, y E. Zubieta (coord.), *Psicología Social, Cultura y Educación* (pp. 225-259). Madrid: Pearson/Prentice Hall.
- Ubillos, S., Páez, D. Mayordomo, S. y Sánchez, F. (2003). Sesgos cognitivos y explicaciones asociadas como factores determinantes de las conductas sexuales de riesgo. *Revista de Psicología Social*, 18, 261-279.
- Ubillos, S., Páez, D., y González, J. L. (2000). Culture and Sexual Behavior. *Psicothema*, Supl.1, 70-82.
- UNIFEM. (2000). *Progress of the World's Women 2000, UNIFEM Biennial Report*. New York: Author.
- Wingood, G. M. y DiClemente, R. J. (1998). The effects of an abusive primary partner on the condom use and sex negotiation practices of African-American women. *American Journal of Public Health*, 86, 1016-1018.

CAPÍTULO 5

Clima motivacional, calidad de la implicación y bienestar psicológico: una propuesta de intervención en equipos deportivos

Isabel Balaguer

*Continuemos nuestra lucha para el avance
de la psicología hacia la promoción
del bienestar humano*
George, A. Miller, 1969.



COMPENDIO DEL CAPÍTULO

Hace tiempo que sabemos que la actividad deportiva no es en sí misma ni positiva ni negativa: todo depende de las circunstancias en las que se realice. Esas circunstancias tienen nombre y apellido: los compañeros y compañeras de entrenamiento y juego, el entrenador, y los padres son las tres más importantes. En este capítulo nos centramos en los entrenadores y proponemos un programa de formación dirigido a los entrenadores de acuerdo al siguiente esquema:

1. Introducción
 2. Programas de entrenamiento para entrenadores en el contexto deportivo
 3. Propuesta de un programa de formación de entrenadores para promover el bienestar psicológico de los deportistas
 4. Fases del programa de intervención
 5. Informe de la evaluación y diseño e implantación del programa de intervención
 6. Formación continuada de los entrenadores
 7. Evaluación continuada de las variables del programa
 8. Evaluación del interés y adherencia de los jugadores al inicio de la siguiente temporada
 9. Conclusiones
-

1. INTRODUCCIÓN

Muchos niños y adolescentes de nuestro país participan en programas de actividades extraescolares organizadas por los adultos entre las que el deporte ocupa un lugar prioritario (Balaguer, Castillo, García-Merita y Mars, 2005). Desde hace un tiempo, las investigaciones han informado que estos programas favorecen el desarrollo de las habilidades sociales, físicas e intelectuales de los jóvenes y de los sentimientos de pertenencia grupal y comunitaria, y contribuyen también a que se familiaricen con los retos y con la forma de afrontarlos (Eccles, Barber, Stone y Hunt, 2003). En definitiva, todo parecen ventajas.

Sin embargo, los jóvenes que participan en actividades deportivas no siempre informan de experiencias positivas; éstas pueden ser vividas, en efecto, como positivas y contribuir al desarrollo del bienestar (por ejemplo, vitalidad), o encerrar, por el contrario, experiencias no tan agradables (por ejemplo, estrés y ansiedad). Desde hace años se ha venido defendiendo que la participación deportiva no es en sí positiva ni negativa; son las circunstancias que la rodean y la forma en la que la definen los otros significativos lo que afecta a la percepción que de ella se tenga, y en consecuencia al desarrollo del bienestar o malestar de los deportistas (véase Sherif, 1978; Smith y Smoll, 2005). Por ejemplo, si una chica quiere jugar al fútbol pero las otras jugadoras le hacen «la vida imposible», existe una alta probabilidad de que inicie otro deporte o tome directamente la decisión de abandonar la práctica deportiva. Por otra parte, los padres juegan también un importante papel en la calidad de la experiencia vivida por los hijos. Si lo que transmiten es que, por encima de todo, esperan que sea un «campeón», que consiga buenos resultados, que destaque de los demás, etc., estarán poniendo las bases para el abandono, a no ser que se trate de un deportista excepcional. Finalmente, la figura del entrenador también juega un importante papel en el contexto deportivo. El tipo de interacción que mantenga con los jugadores, los valores que transmita, la forma de tratar a los jóvenes, la manera de instruirles, entre otras cosas, va a condicionar también su experiencia deportiva. En definitiva, tanto los padres como los compañeros y los entrenadores intervienen creando un clima motivacional que favorece o dificulta la calidad de la implicación de los jóvenes, y eso contribuye a su vez al desarrollo del bienestar o malestar en los deportistas.

Aunque la consideración de estas tres diferentes facetas del clima motivacional es importante para un estudio más completo de la realidad social en la que se mueven los deportistas, en este capítulo nos centraremos en la figura del entrenador y en sus interacciones con los deportistas, concretamente con jóvenes jugadores de fútbol. Apoyándonos en dos de las actuales teorías cognitivas de la motivación (teoría de las metas de logro y teoría de la autodeterminación), formularemos los pasos a seguir para que el entrenador contribuya a crear un clima que promueva los *patrones motivacionales que favorecen el desarrollo del bienestar* en sus jugadores. Estas teorías defienden que las variaciones en el ambiente social y en los procesos motivacionales subsiguientes son centrales no sólo para el logro, sino también para la implicación en las actividades de logro y para el desarrollo del bienestar, un bienestar «eudaimónico» que confiere al sujeto un carácter activo y emprendedor y se interesa por el desarrollo de sus competencias y de sus potencialidades (véase Capítulo 1). Esta es la concepción del bienestar que desde la Psicología positiva se considera que favorece el desarrollo óptimo de las personas (Ryan y Deci, 2001).

En los cuadros 5.1 y 5.2 se presentan las notas más sobresalientes del marco teórico de base para la propuesta de intervención.

CUADRO 5.1. LA TEORÍA DE LAS METAS DE LOGRO

La Teoría de las Metas de Logro (Ames, 1992a; Dweck, 1999; Nicholls, 1989) parte de un supuesto central: la forma en la que las personas juzgan su competencia y definen el éxito de sus logros (por ejemplo de su participación deportiva) influye en sus patrones motivacionales en el curso de una actividad determinada. Postula asimismo que las variaciones que se puedan dar en el significado del logro están en función de las metas de logro que se enfatizan y que se adoptan en ese ambiente (Ames, 1992, a y b; Dweck, 1986; Nicholls, 1984, 1989).

CUADRO 5.1. LA TEORÍA DE LAS METAS DE LOGRO (Continuación)

Los dos constructos centrales de la teoría son las *orientaciones disposicionales de meta* (o las diferencias individuales en la forma de juzgar la competencia) y el *clima motivacional percibido* (o las metas de logro que se enfatizan en una situación). Aunque las orientaciones disposicionales de meta tienen cierta estabilidad, no son consideradas como rasgos, sino como esquemas cognitivos sujetos a cambio en los que el clima motivacional percibido juega un importante papel.

Existen al menos dos dimensiones disposicionales denominadas *implicación en la tarea* e *implicación en el ego* (Nicholls, 1989). Cuando las personas están implicadas en la tarea se entiende que están centradas en adquirir maestría (por ejemplo, cuando un jugador de fútbol está interesado en mejorar el tiempo personal que tarda en avanzar con el balón en una distancia de 15 metros). En este caso la percepción de la habilidad es autorreferenciada y el énfasis se pone en el esfuerzo y en el desarrollo y mejora de las habilidades. Las personas implicadas en el ego centran su interés, por su parte, en demostrar que son mejores que los demás (por ejemplo, tardar menos tiempo que sus compañeros de equipo en avanzar con el balón en una distancia de 15 metros), y lo que les preocupa es la habilidad normativa, hacer ver que son superiores a los otros o igual que ellos pero realizando menor esfuerzo. En este último caso se utilizan estándares de comparación social para hacer juicios de habilidad y de resultado. Hay que considerar que estas dos dimensiones son ortogonales y que por lo tanto nos interesa realizar una evaluación de ambas.

El clima motivacional percibido creado por el entrenador, o la atmósfera psicosocial prevalente en un equipo, se caracteriza por un conjunto de facetas que incluyen tanto la estructura situacional como los estándares de los criterios que utilizan los entrenadores en su dinámica con el equipo durante las sesiones de entrenamiento y durante los partidos (Ames, 1992a, 1992b). Se considera que dicha percepción del ambiente social aumentará la probabilidad de que los sujetos se impliquen más en la tarea o en el ego. Esto es, si perciben que el entrenador valora el esfuerzo y la mejora, entonces existirá alta probabilidad de que se impliquen en la tarea. Si lo que se valora en el equipo es ser el mejor, entonces aumentará la probabilidad de implicarse en el ego.

En su conjunto, los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas durante las últimas décadas en el marco de la teoría de las metas de logro son consistentes e informan de la importancia de la orientación a la tarea y de los climas de implicación en la tarea para el desarrollo de los patrones motivacionales adaptativos y para la promoción del bienestar psicológico (Duda, 2001; Roberts, 2001). Podríamos decir que como reconocimiento de dicha consistencia, buena parte de los investigadores animan a que se desarrollen programas de intervención para cambiar el clima motivacional en el contexto deportivo (véase Duda y Balaguer, en prensa).

CUADRO 5.2: TEORÍA DE LA AUTODETERMINACIÓN

Una asunción general de la teoría de la autodeterminación es que los seres humanos son organismos activos con tendencias innatas hacia el crecimiento personal y a implicarse de forma óptima y eficaz en el entorno que les ha tocado vivir. Desde esta teoría se postula que las personas cuando interactúan con su ambiente necesitan sentirse *competentes*, *autónomas* y *relacionadas* con los demás y que la satisfacción de las tres necesidades promueve el bienestar subjetivo y el bienestar *eudaimónico* (Ryan y Deci, 2001, p. 47).

La teoría de la autodeterminación considera que el ambiente juega un papel decisivo en el desarrollo del bienestar (Deci y Ryan, 1985,) a través del papel de los otros significativos. Estos actúan sobre el ambiente, tanto a través del diseño de la estructura del medio, como a través del desarrollo del clima de apoyo a la autonomía versus control, favoreciendo o dificultando la calidad de la implicación de los deportistas y el desarrollo del bienestar psicológico.

Desde esta teoría se postula que cuando el clima motivacional que crean los entrenadores es de apoyo a la autonomía, se desarrolla la competencia, la autonomía y la relación entre los jugadores y ello favorece la calidad de la implicación, representada por la motivación intrínseca (las personas participan en una actividad por el placer y la satisfacción que se desprende de ella). Ahora bien, los entrenadores también pueden contribuir a dificultar la motivación intrínseca y favorecer el desarrollo de otros dos tipos de motivación: la motivación extrínseca y la no motivación (Deci, 1975; Deci y Ryan, 1985). La motivación es *extrínseca* cuando la conducta se realiza para conseguir resultados externos contingentes a la actividad (por ejemplo, jugar al fútbol para ser popular). Finalmente la *no motivación* se refiere a la ausencia de motivación (por ejemplo, la percepción de que no tiene sentido seguir jugando al fútbol). Estos tres tipos de motivación difieren en su grado de autodeterminación o autonomía, siendo las conductas intrínsecamente motivadas las que representan el prototipo de las actividades autodeterminadas (Deci, 1975) (véase en el Cuadro 5.7 las relaciones entre los tipos de motivación, el continuo de autodeterminación de la conducta y sus tipos de regulación).

CUADRO 5.2: TEORÍA DE LA AUTODETERMINACIÓN (Continuación)

La autodeterminación o autonomía es un concepto teórico, que nos indica que la acción se inicia libremente y emana desde la parte central del self. En el contexto deportivo, los entrenadores pueden intervenir favoreciendo o dificultando la autodeterminación de la conducta de sus jugadores en función del diseño de la estructura y del clima motivacional. La estructura hace referencia a la forma en la que el entrenador diseña el ambiente, ofreciendo a sus jugadores expectativas, retos, feedback y tiempo para la realización de las tareas. Por otra parte, el apoyo a la autonomía significa que la comunicación del entrenador es informativa y no impositiva y controladora. Ambas, estructura y apoyo a la autonomía, son variables contextuales independientes que pueden complementarse y apoyarse mutuamente. Por ejemplo, una cosa es ofrecer feedback y la otra la forma de hacerlo. Cuando el feedback se ofrece de forma impositiva se utiliza un clima controlador, mientras que cuando se utiliza de forma informativa se crea un clima de apoyo a la autonomía.

En términos generales, la investigación realizada sobre las interrelaciones entre el clima motivacional percibido de apoyo a la autonomía, las necesidades psicológicas básicas (competencia, autonomía y relación), la motivación autodeterminada y el bienestar, informa que cuando los deportistas perciben que su entrenador crea un clima de apoyo a la autonomía, éstos informan de mayor satisfacción de sus necesidades psicológicas, de mayor calidad en la experiencia (mayor motivación autodeterminada) y de mayor bienestar psicológico (véase Duda, Cumming y Balaguer, 2005).

2. PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO PARA ENTRENADORES EN EL CONTEXTO DEPORTIVO

En el terreno deportivo se han desarrollado diferentes programas de intervención para la formación de entrenadores, pero la mayoría de ellos adolecen de base teórica (véase Smith y Smoll, 2005). Ya hemos visto en el Capítulo 2 (véase epígrafe «Identificación del problema o necesidad») lo decisivo que resulta establecer un enunciado descriptivo del problema, algo que está estrechamente ligado a su fundamentación teórica. Podríamos decir que las intervenciones pioneras sobre programas de «entrenamiento de entrenadores» sustentadas teóricamente fueron lideradas por el equipo de Smoll y Smith (1989; 2002). En sus programas, que han tenido gran impacto en el campo de la psicología del deporte, desarrollaron un instrumento de gran tradición, el *Coach Behavior Assessment System* (CBAS) (Smith, Smoll y Hunt, 1977; Smoll y Smith, 1989) que sirve para evaluar diferentes categorías de conductas que intentan captar las interacciones significativas entre el entrenador y la situación en la que tiene lugar la conducta. Esta evaluación, unida a su modelo teórico (Smoll y Smith, 1989) sirve para ayudar a los entrenadores a crear ambientes psicológicamente saludables para que los deportistas favorezcan su desarrollo personal, social y deportivo. Los resultados de estos programas ofrecieron la posibilidad de ver frutos en el cambio de la conducta de los entrenadores, incluso de aquellos con gran experiencia, y a su vez de favorecer la experiencia deportiva de los jóvenes que participaban en dichos programas. Entre los diferentes índices de bienestar psicológico que mejoraron en el curso de las intervenciones, la autoestima ocupó un lugar prioritario (por ejemplo, Smith y Smoll, 1990). En la línea que seguimos en el presente capítulo, cabe señalar que este equipo ha incluido recientemente en sus programas de formación de entrenadores los principios de la teoría de las metas de logro, concretamente la evaluación del clima motivacional y su modificación a través de la intervención (véase Smith y Smoll, 2005; Smoll y Smith, 2006). En esta línea se han realizado algunos programas de intervención en nuestro país en el grupo de investigación dirigido por Jaume Cruz.

Veamos a continuación cuáles son las características de los programas de intervención que se han desarrollado en el marco de la teoría de las metas de logro.

2.1. Intervenciones en el marco de la teoría de las metas de logro y de la teoría de la autodeterminación

Las intervenciones que se han realizado en el contexto deportivo para cambiar el clima motivacional del equipo teniendo como base la teoría de las metas de logro, han utilizado las estrategias del acrónimo TARGET formuladas por Epstein (1988, 1989) y adaptadas por Ames (1992b) al contexto de la educación (véase Duda y Balaguer, en prensa).

El clima motivacional percibido creado por el entrenador, o la atmósfera psicosocial prevalente en un equipo, se caracteriza por un conjunto de facetas que incluyen tanto la estructura situacional como los estándares de los criterios que utilizan los entrenadores en su dinámica con el equipo durante las sesiones de entrenamiento y durante los partidos (Ames, 1992a, 1992b). Ames propuso que el clima motivacional es multidimensional y está compuesto por diferentes estructuras (por ejemplo, el sistema de evaluación, el tipo y las bases para el reconocimiento, la naturaleza de las interacciones dentro de los grupos y las fuentes de autoridad). Estas estructuras que se recogen en el acrónimo TARGET (diseño de la Tarea, fuente de Autoridad, naturaleza del Reconocimiento, forma de agrupar, cómo se realiza la Evaluación y el Tiempo ofrecido para ejecutar las tareas) reflejan las características de la estructura del ambiente que definen el clima que crean las fuentes de autoridad.

Desde el marco teórico de las metas de logro y a partir de las estructuras del TARGET, Ames y Archer (1988) identificaron dos formas distintas de clima motivacional: clima de maestría (clima de implicación en la tarea para Nicholls) y clima de resultado (clima de implicación en el ego para Nicholls) cuyas características figuran en el Cuadro 5.3.

CUADRO 5.3. DESCRIPCIÓN DE LOS CLIMAS DE MAESTRÍA Y DE RESULTADO, Y DE LAS ESTRUCTURAS DEL TARGET (Modificado de Biddle, 2001, p. 122)

Maestría (Tarea)		Resultado (Ego)
Reto y Diversidad.	Tarea	Ausencia de variedad y reto.
Posibilidad de elección y roles de liderazgo.	Autoridad	Los estudiantes no participan en los procesos de toma de decisiones.
Privado y basado en el progreso individual.	Reconocimiento	Público y basado en la comparación social.
Aprendizaje cooperativo y promoción de la interacción de los pares.	Agrupación	Formación de grupos en función de la habilidad.
Basado en la maestría de la tarea y en la mejora individual.	Evaluación	Basado en ganar y superar a los otros.
Requerimientos de tiempo en función de las capacidades personales.	Tiempo	El tiempo para el aprendizaje es el mismo para todos los estudiantes.

En sus trabajos pioneros, Ames (1992a) analizó las estructuras del TARGET que predominaban en el aula, la forma como eran percibidas por los estudiantes, y las consecuencias emocionales y cognitivas de las mismas. Puesto que los resultados de la investigación informaron que los climas de maestría eran los que favorecían un desarrollo adaptativo de los patrones motivacionales, pasaron a diseñar programas de intervención para

modificar o cambiar las estructuras; esto es, para crear climas de maestría (Ames, 1992a, p. 263). Además, y en línea con Epstein (1988), Ames (1992b) informó que en el proceso de exploración y/o de intervención hay que tener en cuenta que el clima se crea con la presencia de todas las estructuras, y no sólo de algunas de ellas.

En el ámbito de la actividad deportiva se han realizado también algunas intervenciones a fin de orientar a los entrenadores en la forma de diseñar las estructuras del TARGET para crear climas de maestría (Treasure, 1993; Theeboom, *et al.*, 1995). En términos generales, la intervención realizada en este contexto ha puesto de manifiesto que es posible reorganizar la interacción entre el entrenador y los deportistas, especialmente en los deportistas jóvenes, para conseguir un mejor clima motivacional y procesos motivacionales más adaptativos. En conjunto, los datos obtenidos recientemente en el ámbito deportivo (Duda y Balaguer, en prensa), ofrecen apoyo al marco teórico de las metas de logro para el diseño de programas que reorganicen las interacciones entrenador-deportistas/equipos, y por lo tanto para cambiar las percepciones del clima motivacional.

3. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN DE ENTRENADORES PARA PROMOVER EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS DEPORTISTAS

Apoyándonos en las actuales teorías cognitivo sociales de la motivación que hemos comentado (teoría de las metas de logro y teoría de la autodeterminación) y en el apoyo empírico que ha recibido la importancia del contexto social en el desarrollo del bienestar de los deportistas, presentamos una propuesta de intervención para el desarrollo de climas motivacionales positivos. En los pasos del diseño de intervención se toman como orientativas las indicaciones ofrecidas por Hernández y Valera (2001) que han sido desarrolladas en el Capítulo 1 de este libro.

3.1. Definición del ámbito de la intervención

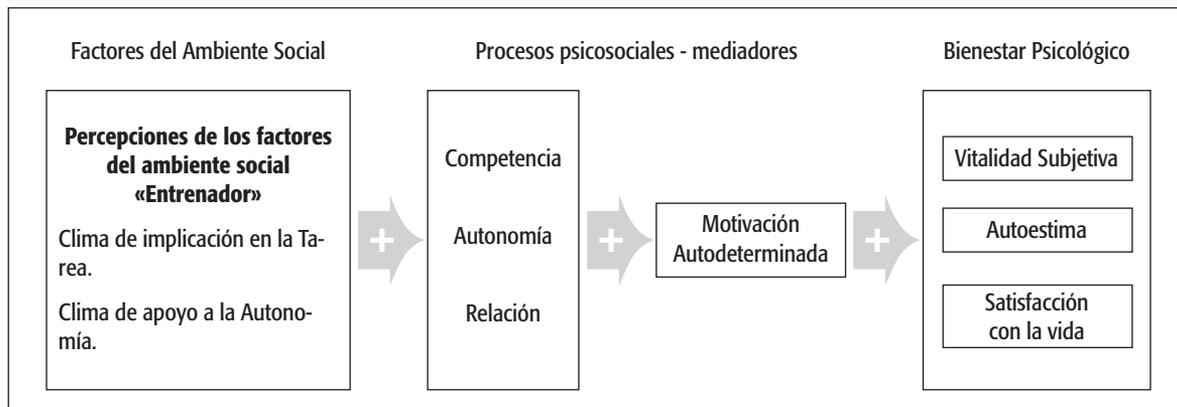
En los equipos de fútbol base el entrenador juega un importante papel en el desarrollo psicosocial de los jóvenes favoreciendo o dificultando el desarrollo de su bienestar (Balaguer, *et al.*, 2005a). En interacción con los jóvenes y a través de la comunicación con ellos, tanto durante los entrenamientos como en los partidos, los entrenadores influyen en aspectos tan importantes como la calidad de la implicación de los jugadores, el desarrollo de su autonomía, competencia y relaciones sociales, y en el desarrollo de su bienestar. De ahí que el ámbito de intervención se centre en el *estudio de la interacción entre los entrenadores y los jugadores de fútbol base* en el deporte organizado. Así es como hemos definido el problema o necesidad sobre la que intervenir, siguiendo las pautas marcadas en el Capítulo 2.

3.2. Herramientas teórico conceptuales y metodológicas

Ya sabemos de la importancia de la teoría como marco de la intervención, de sus objetivos y de sus contenidos. Los objetivos que planteamos en la propuesta de intervención cuentan con apoyo teórico y de investigación. Sabemos, por ejemplo, que los climas que crean los entrenadores en sus equipos afectan al bienestar o al malestar psicológico de los jugadores, y también conocemos algunos de los procesos psicosociales que intervienen en este proceso. La literatura existente sugiere relaciones positivas entre el clima motivacional de implicación en la tarea y el clima de apoyo a la autonomía con los índices de bienestar psicológico. También sugiere la existencia de algunas variables mediadoras para explicar dichas interrelaciones; en el caso que nos ocupa, hacen

acto de presencia como mediadores la autonomía, la competencia, la relación y la motivación auto-determinada (véase la Figura 5.1).

FIGURA 5.1. MODELO TEÓRICO SOBRE PROMOCIÓN DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO A TRAVÉS DE LA MODIFICACIÓN DE LOS FACTORES DEL AMBIENTE CREADOS POR EL ENTRENADOR



En cualquier diseño de intervención no sólo hay que cuidar la intervención propiamente dicha; hay que explorar también si ésta ha conseguido los efectos esperados, y si los mecanismos teóricos de base pueden considerarse los responsables principales de los efectos obtenidos. En este caso, a la hora de evaluar el proyecto habría que hacerse dos preguntas: si hemos conseguido cambiar las conductas del entrenador y la percepción del clima motivacional creado por él a través del programa de entrenamiento diseñado para esa finalidad, y si la manipulación del medio ha conseguido cambiar las conductas diana (el bienestar de los deportistas) y si en dicho cambio han intervenido las variables mediadoras (en nuestro caso, las necesidades psicológicas básicas y la motivación autodeterminada). Y todo ello porque, como tendremos oportunidad de ver en el capítulo dedicado a la evaluación (Capítulo 15), resulta imprescindible saber si el cambio se ha producido debido a las variables que defienden las teorías de base o por otras que no conocemos.

Respecto a la metodología de evaluación de la realidad de estudio, consideraremos que debido a la diversidad de los jugadores y de las estructuras de los equipos, necesitamos una metodología variada que nos permita detectar los objetivos buscados. De ahí que se defienda la conveniencia de utilizar métodos cualitativos y cuantitativos con un marcado énfasis en la observación de la interacción entre los jugadores y el entrenador. Además, en la medida de lo posible, se aconseja un seguimiento a largo plazo. En nuestro caso se utilizará tanto la observación de las interacciones del entrenador con los jugadores del equipo como la recogida de información a través de cuestionarios. El análisis cualitativo se realizará a través de entrevistas personales y mediante diarios personales.

3.3. Identificación de la necesidad social de la intervención

La existencia de un amplio número de niños y adolescentes jugando al fútbol en contextos en los que su interacción con los entrenadores puede actuar favoreciendo o dificultando el desarrollo de su bienestar hace necesario un estudio psicosocial del clima que crean los entrenadores en dichos contextos. Son varias las razones que hacen aconsejable estudiar este tema durante la edad de la adolescencia. Primero, porque es durante esos años cuando se produce de forma marcada el abandono o disminución de la participación deportiva, apareciendo el riesgo de estilos de vida sedentarios. También es un momento importante en el desarrollo

de las habilidades sociales de los jóvenes, así como en el desarrollo del auto-concepto. Tal y como podemos ver en el capítulo que aborda el tema del SIDA (Capítulo 4), no hemos de olvidar que durante esta etapa se inician una serie de conductas de riesgo para la salud (consumo de tabaco, alcohol, otras drogas) que muestran una incidencia menor cuando los adolescentes participan en actividades deportivas y disfrutan de su participación (Balaguer y Duda, 2003). Todas estas características que nos informan de los beneficios del ejercicio deportivo en la adolescencia remarcan la importancia de la creación de climas motivacionales positivos que favorezcan tanto la calidad de la experiencia deportiva como las intenciones de continuar participando en el futuro.

4. FASES DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Las fases que se proponen en este programa son las siguientes: evaluación de la realidad social de estudio, diseño de la intervención, seguimiento (intervención y evaluación) y evaluación final de los objetivos del programa (Cuadro 5.4).

CUADRO 5.4. EVALUACIÓN DE REALIDAD DE ESTUDIO, DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN FINAL DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA

MES	SEMANA	TAREAS	
Septiembre	1ª	- Familiarización de los profesionales con el equipo.	
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Octubre	1ª	- Evaluación inicial: entrenadores, jugadores, equipo.	
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Noviembre	1ª	- Informe de evaluación y establecimiento de objetivos.	
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Diciembre	1ª	- Formación inicial de entrenadores e inicio de la intervención.	
Enero	2ª		
Febrero	3ª		
Marzo	4ª		
Abril	1ª	- Seguimiento de la Formación de Entrenadores.	
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Mayo	1ª	- Seguimiento de la Formación de Entrenadores.	
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Septiembre (2ª temporada)	1ª	- Evaluación: entrenadores, jugadores, equipo.	
	2ª		
	3ª		
	4ª		
		I N T E R V E N C I Ó N	
			- Evaluación jugadores del año anterior.

4.1. Familiarización de los profesionales con el equipo

Durante las dos primeras semanas de la temporada deportiva, el equipo de profesionales realizará sus contactos con el club y con el equipo (jugadores y entrenador). En estas primeras semanas se inician las fases de la constitución del equipo (Carron y Hausenblas, 1998), y tanto los jugadores como el entrenador van formándose una imagen de su posición en el equipo y de las características de las interacciones entre sus miembros. Durante el periodo inicial, las conductas verbales y no verbales del entrenador suelen ser más explícitas a la hora de transmitir las normas y la distribución de los roles; esto es, se acentúan más las órdenes y la asignación de posiciones y de responsabilidades. Sin embargo, tras las primeras semanas, cuando se supone que cada uno de los miembros del equipo ya conoce los aspectos básicos del funcionamiento (por ejemplo dónde está su casilla en el vestuario, cómo espera el entrenador que se le atienda, etc.), el entrenador ya no remarca tanto la información que transmite, y el estilo de comunicación que utiliza se acerca más al que utiliza a lo largo de la temporada. En consecuencia consideraremos que a las tres semanas de iniciar la temporada es conveniente iniciar la observación de las conductas del entrenador y de los jugadores, así como la percepción que estos tienen del clima del equipo y de las otras variables psicosociales de estudio.

4.2. Evaluación de la realidad social de estudio a través de los entrenadores y los jugadores

Nos aproximaremos al conocimiento de la realidad social de los equipos a través de la observación de las interacciones entre los entrenadores y los jugadores, y a través de las opiniones de cada uno de ellos sobre las variables de interés recogidas en los cuestionarios, las entrevistas y los diarios.

Puesto que cada escuela o equipo puede necesitar un determinado plan para mejorar las interacciones entre el entrenador y los jugadores, se debe realizar una evaluación inicial en cada equipo sobre las estructuras motivacionales que subyacen al diseño de los programas de entrenamiento, sobre el clima creado por los entrenadores y la implicación de los jugadores, así como sobre las percepciones que tienen jugadores y entrenadores sobre las variables personales y sociales que se incluyen en esta propuesta (véase Figura 5.1). Todo esto ayudará a definir el grado de diversidad entre los jugadores y las características sobre lo que cada equipo necesita para mejorar en la dinámica entrenador-equipo. Por ejemplo, qué aspectos de la interacción entrenador-jugadores ya funcionan adecuadamente y qué otros deberían mejorar.

La evaluación se realizará en tres momentos diferentes de la temporada deportiva. El primero de ellos responderá a la línea base o punto de partida en el trabajo con el equipo. El segundo, se llevará a cabo una vez que los entrenadores lleven aplicando el programa de intervención aproximadamente unos tres meses. El tercero tendrá lugar al finalizar el programa, esto es, al final de la temporada. Una vez comenzada la nueva temporada se estudiará la continuidad de los jugadores que siguen y se averiguarán las causas de aquellos que hayan abandonado (véase Cuadro 5.4).

4.2.1. Observación de las interacciones entre jugadores y entrenadores

Una vez que los miembros del equipo se hayan familiarizado con los profesionales que dirigen la intervención, se iniciará la evaluación objetiva del equipo en situaciones de entrenamiento y en situaciones de competición. Se filmarán dos tipos de situación: entrenamiento y partidos, focalizando la atención en los jugadores. A su vez se recogerá la observación de las conductas no verbales del entrenador en interacción con los jugadores y de las conductas verbales a través de grabaciones de voz del entrenador. Las verbalizaciones del entrenador a lo largo del entrenamiento y del partido se recogerán colocando un micrófono en su solapa.

A partir de estas filmaciones analizaremos la estructura de la situación, tanto a través de las estructuras del TARGET como a partir de la dinámica entre el apoyo a la autonomía ofrecido a los jugadores y las respuestas de implicación de estos. Tanto si se realizan los análisis de conducta directamente o a través del visionado del vídeo, lo ideal es contar al menos con dos observadores entrenados que realicen su registro de forma independiente (Anguera, 1999).

4.2.1.1. Análisis del clima motivacional creado por el entrenador a través de las estructuras del TARGET

En esta evaluación inicial de la interacción del entrenador con el equipo, los observadores han de analizar las siguientes características de las estructuras del TARGET: cómo se asignan las tareas (T), si la autoridad (entrenador) permite o no la participación (A), por qué se les reconoce y cuándo se les refuerza (R), cómo se agrupa a los deportistas para que interactúen unos con otros (G), cómo se les evalúa qué información y oportunidades se les ofrecen para mejorar (E), y finalmente si se respetan los tiempos para realizar las tareas (T) (Epstein, 1988, p. 98) (Cuadro 5.5).

Los resultados de la evaluación inicial ayudarán a detectar cuáles son las estrategias del TARGET que ya se utilizan correctamente, cuáles se deben reforzar y cuáles se deben cambiar. En la interpretación de los resultados se entenderá que si los entrenadores actúan fomentando un clima de implicación en la tarea, los deportistas participarán de forma activa y se conseguirá una buena implicación, mientras que si el clima motivacional percibido es de implicación en el ego, los patrones motivacionales serán desadaptativos y habrá que cambiar el clima.

Existen protocolos muy completos diseñados especialmente para medios educativos que pueden servir de referencia para construir las categorías y subcategorías de los protocolos de observación y los análisis de las conductas de interacción en el campo (por ejemplo, Patrick *et al.*, 1997). Actualmente se están desarrollando además programas informáticos basados en las estructuras del TARGET (Morgan *et al.*, 2005) que han sido desarrollados para evaluar al profesor en las clases de educación física. Estos programas están facilitando la codificación y análisis de las observaciones directas o de las filmaciones sobre las conductas estudiadas.

4.2.1.2. Análisis del apoyo a la autonomía ofrecido por el entrenador y la implicación de los deportistas

A través del apoyo a la autonomía por parte del entrenador evaluamos si éste interviene en el contexto social favoreciendo las necesidades de los deportistas para que éstos desarrollen una motivación más autodeterminada. También nos interesa conocer la respuesta de los jugadores a esta forma de intervención del entrenador observando su implicación.

Para el análisis de la interacción entrenador-jugadores se pueden utilizar registros similares a los que figuran en el cuadro 5.5. Estos registros ofrecen la posibilidad de observar si el entrenador fomenta la autonomía o si por el contrario fomenta el control, y el grado de la implicación de los deportistas. En la parte superior del cuadro figuran una serie de conductas del entrenador que han sido consideradas representativas del estilo de apoyo a la autonomía (utilizando aspectos intrínsecos) y del control (utilizando aspectos extrínsecos). Concretamente, mediante el formato de un diferencial semántico figuran a nivel bipolar los estilos de apoyo a la autonomía (confianza en lo intrínseco) y los de control (confianza en lo extrínseco) en una escala de 7 pasos acompañados de términos descriptivos (por ejemplo, incentivos en un extremo y diversión en el otro), correspondiendo el 1 a los valores de controlador y el 7 a los de apoyo a la autonomía. Estas cuatro conductas han sido evaluadas por diferentes investigadores (Deci, 1995; Reeve *et al.*, 2004; Ryan y La Guardia, 1999). En la parte inferior del cuadro, con el mismo formato que para los entrenadores, figuran dos tipos de posibles respuestas para medir la implicación de los jugadores ante el clima creado por sus entrenadores, correspondiendo el 1 a ausencia de implicación y el 7 a implicación máxima.

Esta información sobre la actuación del entrenador y de los jugadores puede usarse para medir la interacción en ambas direcciones, esto es, tanto lo que hacen los entrenadores como los jugadores (Fiedler, 1975, en Reeve *et al.*, 2004).

CUADRO 5.5. OBSERVACIÓN DEL APOYO A LA AUTONOMÍA OFRECIDO POR EL ENTRENADOR Y LA IMPLICACIÓN DE LOS DEPORTISTAS EN LOS ENTRENAMIENTOS Y LOS PARTIDOS

(Adaptado de Reeve *et al.*, 2004)

<i>ENTRENADOR</i>								
<i>Confianza en lo extrínseco</i>								<i>Confianza en lo intrínseco</i>
<u>Recursos Motivacionales</u>								<u>Recursos Motivacionales</u>
Incentivos, consecuencias	1	2	3	4	5	6	7	Interés, diversión
Dirección, fechas límite	1	2	3	4	5	6	7	Reto
Asignación de tarea	1	2	3	4	5	6	7	Competencia/confianza
Buscar sumisión/obediencia	1	2	3	4	5	6	7	Eligiendo y tomando decisiones
<i>DEPORTISTAS</i>								
Atención dispersa	1	2	3	4	5	6	7	Atención focalizada
Pasividad en la acción, (lento, mínimo esfuerzo)	1	2	3	4	5	6	7	Actividad (Esfuerzo intenso)
No participa verbalmente (no pregunta)	1	2	3	4	5	6	7	Participa verbalmente (pregunta)

4.2.2. Evaluación a través de cuestionarios, entrevistas y diarios personales

En el Cuadro 5.6 figuran las variables y los instrumentos para evaluar la percepción de los entrenadores y de los jugadores sobre los constructos de interés. Todos estos instrumentos se apoyan en la teoría de las metas de logro o en la teoría de la autodeterminación que hemos descrito de manera somera en el primer epígrafe del capítulo, y han sido adaptados a la población española.

En el cuadernillo de cuestionarios destinado a los entrenadores se evaluará la percepción de autonomía y apoyo percibido en el club, la percepción de las necesidades de autonomía, competencia y relación con otros, así como su bienestar (Cuadro 5.6). La hipótesis que se desprende de los dos marcos teóricos en los que se apoya el programa de intervención es que, cuando los entrenadores valoren el desarrollo de un clima positivo en sus equipos (clima de implicación en la tarea y clima de apoyo a la autonomía), perciban que en su club se fomenta la autonomía, y perciban satisfechas sus necesidades psicológicas (autonomía, competencia y relación), informarán de mayor bienestar y fomentarán apoyos más positivos a sus jugadores (climas de implicación en la tarea y de apoyo a la autonomía).

Previo a la intervención, se evaluará a través de entrevistas el estilo que los entrenadores consideran útil para el entrenamiento de sus equipos; esto es, si creen que es más efectivo utilizar un clima de implicación en el ego o en la tarea, y un estilo de autonomía o de control. En el ámbito educativo, existen intervenciones que informan que cuando los profesores van a participar en un programa de intervención para cambiar los climas motivacionales y reciben formación para ello, aquellos que tienen un estilo controlador, pero al mismo tiempo consideran que la formación recibida va a resultarles útil, tienen muchas más posibilidades de conseguir un cambio en sus conductas que aquellos que siguen pensando que su estilo es mejor y más efectivo que el que se ofrece como alternativa en la formación (véase Reeve, 2002).

Por otra parte, en el cuadernillo de cuestionarios destinado a los jugadores se registrarán las siguientes variables psicológicas: a) clima motivacional (tarea, ego, apoyo a la autonomía); b) percepción de autonomía, de competencia y de relación; c) motivación autodeterminada y d) algunos índices de bienestar psicológico percibido (autoestima, vitalidad subjetiva, satisfacción con la vida) (Cuadro 5.6). La hipótesis que se defiende es que la percepción de un clima de implicación en la tarea y un clima de apoyo a la autonomía se corresponderá con valores altos en autonomía, competencia y relación, así como en la motivación autodeterminada y en los índices de bienestar (véase Figura 5.1).

En el curso de la temporada, los jugadores dispondrán de diarios personales ofrecidos por el entrenador para ir anotando aspectos referentes a la percepción de su interacción con el entrenador y con el resto del equipo, así como respecto a su propio progreso en las metas establecidas.

CUADRO 5.6. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA ENTRENADORES Y JUGADORES

Variable	Instrumento
Clima Motivacional – Implicación en la Tarea – Implicación en el Ego	– <i>Cuestionario de Clima Motivacional Percibido en el Deporte</i> (PMCSQ-2; Newton, Duda y Yin, 2000; Balaguer, Mayo, Atienza y Duda, 1997; Balaguer, Castillo y Duda, 2003a)
Clima de Apoyo a la autonomía	– <i>Cuestionario de Clima en el Deporte</i> (SCQ; Deci y Ryan, web; Balaguer <i>et al.</i> , 2004 b)
Competencia percibida	– <i>Escala de Competencia Percibida</i> (Subescala del Cuestionario de Motivación Intrínseca de McAuley, Duncan y Tammen, 1989; Balaguer, Castillo y Duda, 2004 a)
Autonomía percibida	– <i>Escala de Autonomía percibida en el Deporte</i> (Reinboth, Duda y Ntoumanis, 2004; Balaguer <i>et al.</i> , 2004 a)
Relaciones percibidas	– <i>Escala de Relaciones Percibidas en el Deporte</i> (Richer y Vallerand, 1998; Balaguer <i>et al.</i> , 2004 a)
Motivación Autodeterminada	– <i>Escala de Motivación Deportiva</i> (SMS; Pelletier <i>et al.</i> , 1995; Balaguer, Castillo y Duda, 2003b).
Autoestima	– <i>Escala de Autoestima</i> (Rosenberg, 1965; Atienza, Moreno y Balaguer, 2000)
Vitalidad subjetiva	– <i>Escala de Vitalidad Subjetiva</i> (Ryan y Frederick, 1997; Balaguer <i>et al.</i> , 2005 b)
Satisfacción con la vida	– <i>Escala de Satisfacción con la vida</i> (Diener, <i>et al.</i> , 1985; Atienza <i>et al.</i> , 2000)

5. INFORME DE LA EVALUACIÓN Y DISEÑO E IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Durante esta fase se analizarán las características de la realidad motivacional del equipo y se establecerán los objetivos sobre los pasos a seguir en la creación de los climas motivacionales.

De los resultados obtenidos en este primer momento, nos interesará centrar la atención fundamentalmente en los factores sociales (clima motivacionales), tanto aquellos que se desprenden de la percepción de los jugadores (clima motivacional de implicación en el ego y de implicación en la tarea, y clima de apoyo a la autonomía), como los obtenidos mediante el análisis observacional (TARGET y apoyo a la autonomía/implicación). En concreto, nos interesa conocer cuáles son los aspectos del clima motivacional creado por el entrenador que habría que modificar. Sin embargo, estos resultados no afectarán a las sesiones teóricas y prácticas de formación ya que el contenido básico es el mismo para todos, aunque sí en los diseños específicos de cada entrenador para su propio

equipo. De ahí que siguiendo el esquema presentado en el Cuadro 5.4 se desarrollarán los aspectos específicos de cada una de las etapas en las que consiste la intervención, tanto en lo que respecta a la formación, planificación de las estrategias específicas de intervención en los equipos, como a la evaluación continuada.

5.1. Estrategias y técnicas de intervención: organización programática de la intervención y calendario de ejecución

El programa de intervención que presentamos ha de ser entendido como un proceso de formación continuada que se inicia al comienzo de la temporada y dura hasta el final. Durante este proceso, los profesionales que dirigen la intervención trabajan conjuntamente con el equipo a lo largo de la temporada. La intervención se realizará fundamentalmente a dos niveles. En el primero, se utilizarán técnicas de formación y entrenamiento de entrenadores. Los profesionales que dirigen el programa serán los agentes de la formación. La segunda parte de la intervención será la que llevarán a cabo directamente los entrenadores con los jugadores en sus respectivos equipos. El calendario aproximado de ejecución figura en el Cuadro 5.4.

Veamos en qué consiste la formación de entrenadores y cómo orientarán los profesionales la intervención que han de llevar a cabo los entrenadores en sus respectivos equipos.

5.1.1. Formación de Entrenadores

La principal estrategia en el proceso de intervención es «entrenar a los entrenadores» para que puedan contribuir al desarrollo de la motivación óptima de sus jugadores.

Las tres primeras sesiones de formación (en torno a la tercera semana de noviembre) serán aproximadamente de tres horas de duración. En cada sesión se impartirá formación básica y se realizarán talleres prácticos. Hasta el final de la temporada se volverán a repetir sesiones de tres horas de seguimiento cada mes y medio aproximadamente (véase Cuadro 5.4). Se considera que una vez que los entrenadores han planificado su intervención en la creación de climas motivacionales y han iniciado su acción en sus respectivos equipos, pueden ir surgiendo preguntas que es importante contestar nuevamente en grupos de trabajo a lo largo de la temporada. Veamos el contenido de las sesiones de formación.

5.1.2. Contenido de las sesiones de formación/entrenamiento para los entrenadores

El objetivo central de estas sesiones consiste en que los entrenadores entiendan los principios teóricos de las metas de logro (AGT) y de la teoría de la autodeterminación (SDT), enfatizando la forma de crear un clima tarea y de ofrecer apoyo a la autonomía de los deportistas (cuadros 5.1 y 5.2).

En la formación básica de estas tres sesiones iniciales se presentarán los principios generales de ambas teorías motivacionales (AGT y SDT) y se desarrollará el concepto de bienestar y su importancia durante la adolescencia. En el curso de las sesiones se recomienda complementar los contenidos teóricos de las presentaciones con material audiovisual y lecturas a modo de ejemplos sobre los temas que se presenten. Es conveniente ofrecer el material de forma didáctica, a ser posible con apoyo de programas como el *power point*, y ofrecer copias en papel que resulten útiles para el seguimiento de las sesiones de formación a modo de «recuerdo» de lo impartido en las mismas. Durante las presentaciones se destacará el apoyo empírico de los marcos teóricos de estudio aplicados al deporte y especialmente al fútbol. Este último aspecto, en el que se presentan resultados de investigaciones previas, es muy apreciado por los entrenadores ya que transmite credibilidad en el material de trabajo. A continuación, se ofrecerá información precisa sobre lo que los entrenadores deben conocer de las estructuras del TARGET a fin de crear un clima de implicación en la tarea, así como sobre las pautas a seguir para desarrollar un clima de apoyo a la autonomía en los equipos.

Conocida la teoría, se realizarán talleres en los que los entrenadores trabajarán en grupos el desarrollo práctico de la creación de los diferentes climas motivacionales aplicado a la realidad concreta de sus respectivos equipos. Se elaborarán fichas específicas para las intervenciones en sus equipos respectivos en lo referente a las estructuras del TARGET. Estas fichas incluirán un contenido básico general de los pasos a seguir tanto en cada una de las estructuras del TARGET como en el desarrollo del apoyo a la autonomía, y se complementarán durante las sesiones de trabajo con el contenido específico de los pasos a seguir para cada entrenador con su equipo. Esta misma estrategia se seguirá con las fichas destinadas a la creación de los climas de apoyo a la autonomía.

5.1.2.1. Creación de climas motivacionales de implicación en la tarea a través del diseño de las estructuras del TARGET

Las estructuras del TARGET sirven para evaluar el clima que crea el entrenador y como punto de referencia para establecer los objetivos de la intervención conjunta con los entrenadores. El objetivo de utilización del TARGET es que los entrenadores se den cuenta de que las estructuras que lo componen se pueden revisar a lo largo del tiempo y que los profesionales que guían la intervención pueden ayudarles a planificar y a modificar las que se deseen cambiar. Lo fundamental desde este enfoque consiste, en primer lugar, en el cambio de diseño de las estructuras del equipo, y más adelante, si se considera necesario, en el cambio de diseño de las estructuras del club, ya que son estos aspectos estructurales los que tienen un poder fundamental sobre los patrones motivacionales de los deportistas y en consecuencia sobre el desarrollo del bienestar.

Para el diseño de sus fichas de trabajo sobre cada una de las estrategias del TARGET, los entrenadores dispondrán del material fotocopiado, así como fichas modelo con las características de cada una de las dimensiones (**Tarea, Autoridad, Reconocimiento, Grupos, Evaluación y Tiempo**). Los objetivos que van a llevar a cabo en sus respectivos equipos los desarrollarán en grupos. En el curso de esta dinámica de elaboración de objetivos a seguir para cada una de las estrategias del TARGET, serán los profesionales quienes coordinen los talleres.

A continuación se presentan las características básicas sobre el contenido de cada estructura, así como las estrategias para llevarlas a cabo, basándonos principalmente en las propuestas de Epstein (1988) y de Ames (1992b).

Estructura Tarea (T)

Se refiere a lo que se les pide a los jugadores que aprendan y lo que se les indica que tienen que hacer. Incluye el contenido y la forma secuencial de llevar a cabo las tareas, el diseño de los entrenamientos y de los partidos, el nivel de dificultad de la tarea, así como los materiales que se requieren para llevar a cabo las tareas requeridas.

ESTRATEGIAS:

1. Ofrecer a los jugadores variedad de tareas de dificultad o exigencia intermedia en las que se enfatice el reto individual y la implicación en la actividad.
2. Ayudar a los jugadores a establecer procesos autorreferentes y metas de ejecución (procesos).
3. Crear un clima de entrenamiento apropiado, individualizando la exigencia de la tarea.

Las tareas han de estar estructuradas de forma tal que los deportistas puedan crear sus propios planes de acción. Los entrenadores han de presentar las tareas de forma que los jugadores se impliquen en el proceso.

Estructura Autoridad (A)

Tipo y frecuencia de participación del entrenador y de los jugadores en el equipo. También incluye la distribución en la toma de decisiones en el equipo.

ESTRATEGIAS:

1. Animar a que los jugadores participen en la toma de decisiones.
2. Considerar la perspectiva del jugador.
3. Desarrollar oportunidades para el liderazgo.
4. Conseguir que los deportistas se responsabilicen de su propio desarrollo deportivo a través de técnicas de auto-gestión y auto-observación.

Todos los deportistas necesitan oportunidades para desarrollar su responsabilidad, su independencia y su autonomía. Cuando los jugadores se implican en la toma de decisiones se favorece el desarrollo de su autonomía ya que las conductas a realizar no son impuestas por los otros sino decididas por ellos mismos, con lo que la responsabilidad y el compromiso con la tarea aumentan.

Estructura Reconocimiento (R)

Procedimientos y prácticas que utiliza el entrenador para motivar y reconocer a los jugadores por su progreso y logros conseguidos.

ESTRATEGIAS:

1. Reconocer el progreso individual, el esfuerzo y la mejora.
2. Procurar que todos los jugadores tengan las mismas oportunidades de recibir refuerzo.
3. Utilizar reuniones privadas y significativas entre el entrenador y los jugadores en las que se enfatice el progreso individual.

El entrenador ha de conocer en qué consisten los diferentes estilos de toma de decisión en un equipo (por ejemplo, estilo autoritario, estilo democrático, estilo laissez faire) y sus efectos sobre los jugadores, así como sus consecuencias. Uno de los ejemplos que les ayuda a entender el poder que tienen en sus actuaciones (conscientes o inconscientes) sobre los jugadores son los estudios de Rosenthal y Jacobson (1968) sobre el efecto Pigmalión. Las expectativas que los entrenadores transmiten a los jugadores en su interacción con ellos, pueden convertirse en una «profecía» que lleva a que los jugadores actúen en consonancia.

Estructura Agrupamiento (G)

Forma en que se distribuye a los jugadores en grupos, tanto en situaciones de entrenamiento como de competición.

ESTRATEGIAS:

1. Realizar las agrupaciones de forma flexible y cooperativa.
2. Organizar las agrupaciones de forma diversa (por ejemplo, actividades de interacción, de pequeños grupos, de grupos mayores).
3. Enfatizar las soluciones creativas para entrenar los problemas que surjan.

A través de las diferentes maneras de agrupar a los jugadores, los entrenadores pueden construir diferentes habilidades sociales que favorezcan la tolerancia y la aceptación mutua entre los miembros del equipo. También se puede favorecer el desarrollo de habilidades de cooperación y resolución de conflictos.

Estructura Evaluación (E)

Estándares que se establecen para el aprendizaje y conducta de los jugadores, procedimientos de supervisión y valoración del logro de esos estándares, y métodos para ofrecer información sobre los logros conseguidos.

ESTRATEGIAS:

1. Desarrollar criterios de evaluación basados en el esfuerzo, mejora, persistencia y progreso hacia las metas individuales.
2. Implicar a los jugadores en la auto-evaluación.
3. Realizar evaluaciones significativas y consistentes.

Los entrenadores deben ayudar a que los jugadores aprendan a establecer conexiones causales entre sus planes, sus acciones y sus resultados. En el proceso de evaluación deben centrarse en el proceso de aprendizaje. Hay que hacerles ver que haber acertado una vez no es sinónimo ni indicador de haber adquirido la habilidad; han de aprender a discriminar cuándo dominan la habilidad para poder pasar a la siguiente fase. Es importante que el entrenador consiga que los jugadores se impliquen en su propia evaluación. Una de las formas de hacerlo es a través de diarios personales en los que van anotando la evaluación del entrenamiento y/o del partido (progreso individual, progreso de grupo) y su esfuerzo.

Estructura Tiempo establecido (T)

Tiempo que se ofrece para finalizar la tarea y el programa de entrenamiento de los jugadores. Si el tiempo que se concede para la consecución de la tarea es demasiado corto, o el ritmo de entrenamiento es demasiado rápido, sólo algunos jugadores conseguirán el objetivo. De ahí que en el clima tarea se defienda que cada jugador ha de avanzar a su propio ritmo.

ESTRATEGIAS:

1. Reconocer que los deportistas no entrenan, aprenden o se desarrollan al mismo ritmo.
2. Ofrecer suficiente tiempo antes de pasar de un estadio del desarrollo de una actividad al siguiente.
3. Intentar dedicar la misma cantidad de tiempo a todos los jugadores.
4. Ayudar a los deportistas a establecer los programas de entrenamiento y de competición.

Cuando se trabaja con adolescentes es bastante difícil que éstos sepan establecer sus objetivos a corto plazo en los tiempos necesarios para conseguirlos, de ahí que el entrenador juegue un importante papel colaborando con los deportistas para enseñarles a trazarlos. Los entrenadores han de saber ofrecer el tiempo necesario para el aprendizaje de cada habilidad sin generar estrés, frustraciones, inseguridades, etc. Una forma ideal para lograrlo consiste en que el entrenador ayude a los jugadores a establecer sus agendas personales de entrenamiento permitiendo que cada uno pueda ir a su propio ritmo para alcanzar sus metas a corto, a medio y a largo plazo.

La creación de climas motivacionales de implicación en la tarea en el deporte (maestría) favorece tanto el desarrollo de las variables individuales que hemos ido comentando como las del equipo, por ejemplo la autoeficacia colectiva y la cohesión de equipo (Balaguer *et al.*, 2003a).

5.1.2.2 Creación de climas motivacionales de apoyo a la autonomía

Desde la teoría de la autodeterminación se defiende que el estilo de motivación de un entrenador puede conceptualizarse a lo largo de un continuo que oscila entre un polo de «muy controlador» hasta otro de «mucho apoyo a la autonomía» (Deci, Schwartz, Sheinman y Ryan, 1981). En las sesiones de formación los entrenadores aprenden que apoyar la autonomía de los deportistas significa despertar su interés, conocer sus preferencias, implicarles en la toma de decisiones; en definitiva, ayudarles a trazar sus propios retos y orientarles a despertar su curiosidad. Cuando los entrenadores son poco controladores y apoyan la autonomía de sus deportistas consiguen que éstos desarrollen las necesidades psicológicas (autonomía, competencia y relación) en mayor medida y que favorezcan su motivación intrínseca y las formas autodeterminadas de regulación y por consiguiente su bienestar (véase en el Cuadro 5.7 y en la Figura 5.2 los estilos de regulación de la conducta).

CUADRO 5.7. EL CONTINUO DE LA AUTODETERMINACIÓN

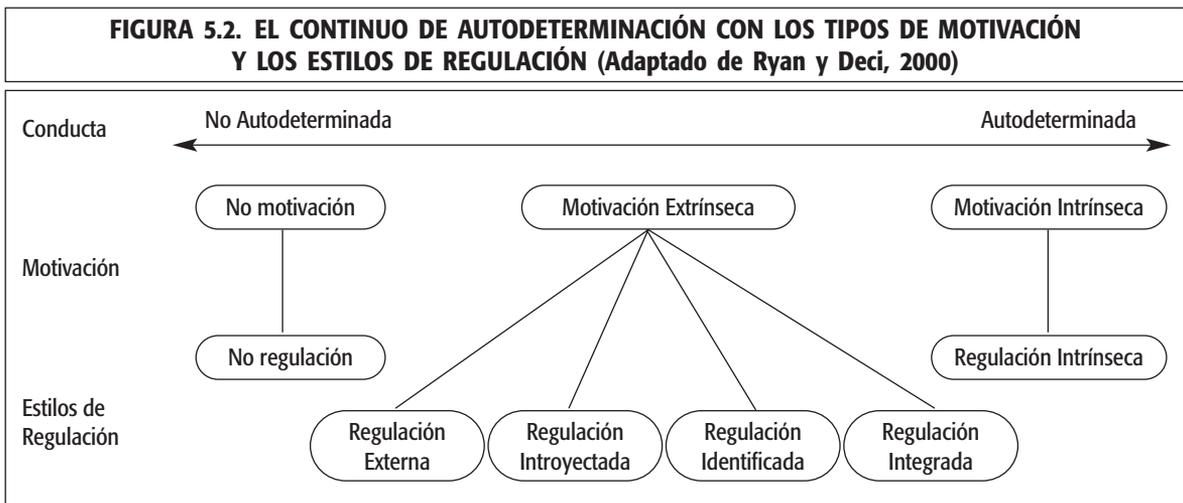
La teoría de la autodeterminación postula que la conducta humana se mueve a lo largo del un continuo de autodeterminación desde la conducta no auto-determinada hasta la auto-determinada y que cuando las conductas son autodeterminadas es cuando se desarrolla el bienestar.

En el contexto deportivo, cuando los jugadores perciben que su conducta es determinada por ellos mismos el compromiso y la implicación en la conducta son mayores. Tal y como se puede ver en la Figura 5.2., cuando la conducta es autodeterminada la motivación es intrínseca, y por lo tanto los jugadores se implican en la tarea por el placer y satisfacción que conlleva realizar la actividad (Deci y Ryan, 1985). Se han propuesto tres tipos de motivación intrínseca que los entrenadores pueden potenciar en sus jugadores: la *motivación intrínseca para conocer* (realizar una actividad por el placer y la satisfacción experimentada al aprender, explorar, e intentar entender algo nuevo), la *motivación intrínseca para conseguir cosas* (la conducta se realiza por la satisfacción de crear algo nuevo, adquirir maestría), y la *motivación intrínseca para experimentar estimulación* (hacer una actividad por experimentar sensaciones de estimulación como experiencias estéticas, diversión y disfrute) (Vallerand *et al.*, 1992).

Sin embargo, los entrenadores saben muy bien que existen conductas que han de realizarse pero que no están intrínsecamente motivadas, sino que la motivación es extrínseca. Ahora bien, tal y como podemos ver en la Figura 5.2., en la motivación extrínseca hay estilos de regulación en los que la conducta es más autodeterminada que en otros. La *regulación externa* corresponde a la motivación extrínseca que aparece generalmente en la literatura. Se refiere a aquellas conductas que son controladas por fuentes externas, tales como refuerzos materiales u obligaciones impuestas por otros (Deci y Ryan, 1985). La *regulación introyectada* representa conductas que están empezando a interiorizarse, pero que no están completamente auto-determinadas (por ejemplo entrenar para estar en forma). La *regulación identificada* se da cuando las personas consideran que la conducta es importante, y aunque la actividad se realiza todavía por motivos extrínsecos (por ejemplo logro de metas personales) la conducta es internamente regulada y autodeterminada. Finalmente, la *regulación integrada* representa la forma más autodeterminada del proceso de internalización y tiene lugar cuando la motivación es coherente con otros valores y necesidades del individuo.

Una cuestión importante en el marco de esta teoría es el proceso de la autorregulación de la motivación extrínseca, esto es, la forma como interiorizan las personas los valores sociales y las contingencias extrínsecas y cómo los transforman progresivamente en valores personales y en auto-motivaciones. Deci y Ryan (1985) defienden que las personas están motivadas a integrar interiormente la regulación de aquellas actividades que no tienen valor en sí mismas, pero que son útiles para el funcionamiento efectivo en el mundo social circundante (Deci *et al.*, 1994). Este cambio se produce a través de lo que Deci y Ryan denominan “proceso de internalización”. En este proceso las regulaciones que están inicialmente relacionadas con incentivos externos pueden pasar a ser aceptadas por uno mismo llegando finalmente a internalizarse. Es un proceso proactivo en el que las regulaciones externas son transformadas en regulaciones más autodeterminadas por el self (Ryan, 1993), y que una vez internalizadas pueden llegar a integrarse. Finalmente, a través del “proceso de integración” la persona no sólo acepta, sino que hace suyo el valor, y en consecuencia a partir de ese momento podríamos decir que éste emana de su sentido del self. Ambos procesos, la internalización y la integración son centrales para la regulación de la conducta.

Concretamente, el clima que crean los entrenadores (por ejemplo, feedback informativo o impositivo) puede verse frecuentemente relacionado con la forma en la que los jugadores regulan su propia conducta. Por ejemplo, si al realizar un ejercicio de conservación del balón los jugadores están satisfechos porque están aprendiendo algo nuevo, están ofreciendo razones intrínsecas para la realización de su conducta, lo cual desarrolla su motivación intrínseca y la autodeterminación de la conducta. Sin embargo, si lo realizan para que el entrenador esté contento con ellos, la regulación es externa, lo que fomenta la motivación extrínseca y una conducta determinada por el exterior y no por ellos mismos (véase en la Figura 5.2 la relación entre los estilos de regulación y la autodeterminación de la conducta).



En los cursos de formación los entrenadores aprenden a distinguir las interrelaciones que se establecen entre el clima creado por ellos y los estilos de regulación de los jugadores. En concreto, aprenden que la forma de comunicarse con sus jugadores, tanto sobre las tareas a realizar, como sobre la forma de reconocer su actuación, influirá en el desarrollo de su motivación. Aprenden las características de un clima de apoyo a la autonomía (interés, preferencias, elección, curiosidad, sentido del reto) y las de un clima controlador (incentivos, consecuencias, dirección, fechas límite, asignación de tareas), y obviamente aprender a fomentar las primeras.

Desde el punto de vista motivacional, el objetivo de las sesiones de formación y planificación de su actuación en los equipos consiste en diseñar estrategias tanto para evitar aquellos tipos de motivación que son bajos en autodeterminación (tanto la no motivación como la regulación externa), como para potenciar aquellos en los que se fomenta la motivación intrínseca (a través de ciertas formas de motivación extrínseca como la regulación identificada y en algunas ocasiones también la regulación introyectada) (véase Cuadro 5.7). Lo que se busca en el diseño de su actuación con los jugadores es que estos se vean favorecidos en sus procesos motivacionales y en su funcionamiento psicológico (Deci y Ryan, 1985; 2000). En estas sesiones los entrenadores aprenden la mejor forma de comunicarse con sus jugadores para que éstos consigan implicarse tanto en el entrenamiento como en los partidos. Tienen que distinguir, tanto a nivel teórico como en su aplicación a casos concretos, las formas de comunicación que favorecen dicha implicación y las que la dificultan.

Una vez que los entrenadores han adquirido el conocimiento teórico sobre la importancia que reviste la forma en la que se comunican con sus jugadores sobre el desarrollo de la motivación autodeterminada de éstos, es conveniente realizar ejercicios de casos concretos en los talleres prácticos para que puedan planificar sus

propias guías de conducta. En el Cuadro 5.8 figuran algunas de las pautas a seguir para que los entrenadores diseñen sus actuaciones apoyando la autonomía de sus jugadores. Tienen información sobre el tipo de recursos que han de fomentar en los deportistas o el tipo de lenguaje que han de utilizar en su interacción con ellos sobre la forma de hacer significativas las actividades que resultan poco interesantes para los deportistas, sobre la importancia de situarse en su lugar para poder captar sus intereses y sentimientos, y sobre la forma de interactuar con ellos ante la expresión de afectos negativos. Respecto a esta última estrategia lo que se plantea es que ante situaciones de gran esfuerzo o intensidad, o ante tareas de poco interés, es importante que los deportistas puedan expresar sus opiniones y sentimientos para que conjuntamente con el entrenador se pueda encontrar el sentido de las mismas.

CUADRO 5.8. ESTRATEGIAS CONCRETAS PARA CREAR ESTILOS DE APOYO A LA AUTONOMÍA EN LOS ENTRENADORES (Adaptado de Reeve *et al.*, 2004, p. 151)

1. Desarrollar los recursos motivacionales internos.
2. Utilizar un lenguaje informativo y no controlador.
3. Promover los valores de las actividades poco interesantes.
4. Situarse en la perspectiva de los jugadores, tanto para detectar sus intereses como sus sentimientos.
5. Conocer y aceptar las expresiones de afectos negativos de los jugadores.

Una vez que ya han aprendido algunas estrategias para crear estilos de apoyo a la autonomía se desarrollarán ejercicios específicos en los que se incluyen tanto las estrategias como la forma de desarrollarlas en sus propios equipos. Para ello se les introducen algunos ejemplos específicos en otros ámbitos de actuación para que les sirva de guía. En el Cuadro 5.9 se presentan algunos ejemplos de cómo crear climas de apoyo a la autonomía mostrando tanto la estrategia como la aplicación de la misma en las clases de ejercicio físico.

Una vez que los entrenadores ya conocen las bases teóricas de la teoría de la autodeterminación y la forma de crear un estilo de apoyo a la autonomía, desarrollarán en sus fichas de trabajo el diseño de sus propias estrategias y la forma de aplicación en sus respectivos equipos con la ayuda de los responsables del programa. Ahora bien, aunque uno de los objetivos que guía la formación de los entrenadores en la creación de climas motivacionales de apoyo a la autonomía es la construcción de estas fichas de trabajo, el objetivo más importante en el proceso de formación y de planificación de la intervención es que sepan qué es lo que favorece y qué es lo que dificulta la autonomía de los jugadores para que la promuevan en el curso del entrenamiento y de los partidos.

CUADRO 5.9. EJEMPLOS DE «MANIPULACIONES» PARA CREAR CLIMAS DE APOYO A LA AUTONOMÍA EN LAS CLASES DE EJERCICIO FÍSICO (Modificado de Edmunds *et al.*, 2005; en revisión)

Dimensión	Estrategia	Aplicación
Apoyo a la Autonomía	1. Ofrecer elección.	En lo posible, ofrecer opciones sobre el ritmo, la frecuencia y el tipo de ejercicio.
	2. Apoyar y elogiar el progreso	Elogiar el progreso en las técnicas y en la forma física.
	3. Reconocer y tener en cuenta los sentimientos y perspectivas de los usuarios.	Estar abiertos a las críticas y responder a ellas de forma positiva.
	4. Explicar el sentido del ejercicio, estrategia, etc.	Explicar por qué es beneficiosa cada actividad, cuáles son las áreas del cuerpo y de la forma física que están actuando, y cuáles son las áreas que mejoran.

6. FORMACIÓN CONTINUADA DE LOS ENTRENADORES

Una vez finalizadas las tres sesiones iniciales de formación, los entrenadores han completado sus fichas de trabajo para llevar a cabo la intervención en sus equipos. A medida que vayan realizando sus aplicaciones, pueden ir surgiendo preguntas sobre dudas de aplicación y sobre nuevas áreas de interés. De ahí que se considere importante realizar nuevas sesiones de formación que a modo de puesta al día vayan intentando responder a las preguntas que se formulan los entrenadores en la intervención para crear o reforzar los climas de implicación en la tarea y de apoyo a la autonomía. En estas sesiones, además de clarificar las dudas que vayan surgiendo en el transcurso de la intervención con sus equipos, se actualizarán las fichas de planificación de los objetivos en lo que atañe al diseño de las estructuras de entrenamiento y de los partidos, y al estilo de actuación con los jugadores.

7. EVALUACIÓN CONTINUADA DE LAS VARIABLES DEL PROGRAMA

Además de la evaluación inicial, se llevarán a cabo también otras dos evaluaciones para ver el progreso y la estabilidad de los efectos del programa. Tanto en la que se realizará aproximadamente a los tres meses de haberse iniciado la intervención como la que se lleve a cabo al finalizar el programa se medirán las mismas variables.

Nos interesa conocer cuáles son las conductas del entrenador que se han conseguido cambiar y sobre qué otras debemos seguir insistiendo. De ahí que sea conveniente volver a registrar tanto la observación de las conductas del entrenador y de los jugadores como las variables medidas a través de los instrumentos que figuran en el Cuadro 5.6. Por ejemplo, en las diferentes estructuras del TARGET puede que los entrenadores hayan modificado algunos de los objetivos (por ejemplo, cambios en reconocimiento y evaluación), pero no todos, y eso nos da información sobre los aspectos que hay que enfatizar en el futuro. Por otra parte, en el caso de los jugadores, también interesa conocer si se han producido cambios en la percepción del clima motivacional. Esta información, acompañada de la que figura en las agendas de los deportistas, permite a los entrenadores conocer cómo está siendo interpretada su intervención y los pasos a seguir para la consecución de los objetivos de cada uno de los jugadores y del equipo.

Desde el punto de vista observacional, y en este caso en lo que respecta al clima de apoyo a la autonomía, la información sobre los recursos motivacionales ofrecidos por el entrenador y el tipo de implicación de los jugadores nos dice si los cambios introducidos en una dirección (por ejemplo, conducta del entrenador) afectan a la otra (por ejemplo, implicación de los deportistas). Nos interesa ver en concreto si el hecho de estar utilizando más recursos intrínsecos conlleva mayor implicación por parte de los deportistas. Esta información observacional la complementamos con la que nos ofrecen los instrumentos sobre la percepción de la autonomía ofrecida por el entrenador, concretamente a través del instrumento de «clima en el deporte».

Otra parte de la evaluación consiste en ir averiguando si los cambios producidos en el medio a través de las conductas de los entrenadores han conseguido cambiar los objetivos diana, esto es el bienestar de los deportistas, y finalmente si en este proceso ha aumentado la autonomía, la competencia y las relaciones sociales, así como la motivación autodeterminada.

Toda esta información es analizada por los profesionales que dirigen el programa y compartida e interpretada conjuntamente con los entrenadores en el curso de las sesiones de formación continuada. Ello ayuda a un análisis evolutivo del proceso y de los efectos del programa y nos ofrece información para ir modificando los aspectos que se consideren convenientes en el curso del mismo. Además, este feedback sobre el curso de la intervención ayuda a los entrenadores a saber si sus intenciones se convierten en acciones y cuáles son los

efectos en sus deportistas ya que muchas veces creen que se comportan de una forma determinada pero la realidad es otra.

Al concluir el programa se realizará una evaluación global en el que se analizará si se han conseguido los objetivos planteados en el modelo teórico (Figura 5.1). Para un análisis más detallado sobre evaluación de programas de intervención véase el Capítulo 15.

8. EVALUACIÓN DEL INTERÉS Y ADHERENCIA DE LOS JUGADORES AL INICIO DE LA SIGUIENTE TEMPORADA

Una vez finalizada la temporada también nos interesa conocer si los efectos de la intervención afectan al interés de los jugadores para continuar jugando al fútbol en la temporada siguiente. Sabemos que es precisamente durante la adolescencia cuando se produce un marcado abandono deportivo (Balaguer y Castillo, 2002) y que una de las variables más importantes para predecir el abandono o la continuidad es la motivación. En nuestro caso defendemos que cuando los adolescentes participan en un equipo en el que se promueve un clima positivo (implicación en la tarea y apoyo a la autonomía), en el que se favorecen los mediadores psicológicos (autonomía, competencia y relación) y la motivación autodeterminada se producirá mayor adherencia y en consecuencia menor intención de abandonar la participación deportiva (Sarrazin *et al.*, 2002).

Para conocer los efectos del programa y la consecuente adherencia de los jugadores al año siguiente, se propone que al finalizar la temporada se evalúe la intención de abandonar, y que al inicio de la nueva temporada se registren los jugadores que siguen en el club y los que han abandonado, así como las razones por las que siguen los que se han quedado en el club, y a ser posible, conocer las razones de quienes lo han abandonado.

9. CONCLUSIONES

En este capítulo se ha presentado una propuesta de intervención para potenciar los climas motivacionales positivos en los equipos de fútbol base. A lo largo del capítulo se ha defendido la importancia que tienen los entrenadores para el desarrollo del bienestar de los deportistas a través de su interacción con ellos. Apoyándonos en los marcos teóricos de la teoría de las metas de logro y de la teoría de la autodeterminación, se ha planteado un modelo teórico que ha servido de guía para la intervención. En él se argumenta que cuando los entrenadores fomentan climas motivacionales de implicación en la tarea y de apoyo a la autonomía, se favorece el desarrollo de esta última, de la competencia y de las relaciones sociales, lo que a su vez potencia la calidad de la experiencia deportiva, denominada motivación autodeterminada en nuestro modelo. Se ha planteado que, aunque la calidad de la experiencia deportiva es importante en cualquier momento de la historia deportiva, ésta alcanza especial relieve durante la etapa de la adolescencia, ya que este es un momento clave en el desarrollo psicossocial de los jóvenes y en sus estilos de vida. Este es precisamente un momento crítico para el abandono deportivo, de ahí que sea importante que los jóvenes disfruten de su experiencia para continuar la adherencia de su participación deportiva.

La propuesta de intervención se ha orientado hacia los equipos de fútbol por ser éste uno de los deportes que reúne a mayor número de participantes en nuestro país. Esta propuesta plantea la conveniencia de que los entrenadores reciban formación sobre los principios motivacionales ofrecidos por las dos teorías cognitivas sociales

de base (teoría de las metas de logro y teoría de la autodeterminación) y que, junto con los profesionales que dirijan la intervención, planifiquen los pasos a seguir para crear climas motivacionales que potencien los aspectos positivos de los jóvenes.

A lo largo del programa se han evaluado las características iniciales del entrenador y de los jugadores, y de la interacción de ambos a través de la observación, cuestionarios, entrevistas y diarios personales. Se han desarrollado las sesiones de formación de entrenadores, así como la forma en la que éstos llevarán a cabo la intervención en sus respectivos equipos. Se ha planificado la formación-intervención-evaluación a lo largo de la temporada deportiva, ajustando los objetivos a seguir en función de las necesidades del momento. También se ha planteado la importancia de la evaluación final del programa para ver si se han conseguido los objetivos propuestos y para analizar si los cambios observados responden a los planteamientos teóricos de los que partíamos.

Como reflexión final, cabe recordar que hemos planteado una intervención sobre una faceta del clima motivacional, esto es, el clima creado por el entrenador. Para tener una visión más completa de los aspectos sociales que contribuyen a desarrollar el bienestar de los adolescentes en su participación deportiva habría que introducir también las facetas del clima motivacional creado por los padres y por los pares, así como por la propia institución deportiva en la que entrenan los jugadores. Las interrelaciones entre todos ellos posibilitarán que en un futuro la intervención pueda tener mayor alcance ya que muchas veces lo que se construye desde una de estas facetas puede deshacerse desde otras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ames, C. (1992a). Classrooms, goal structures, and student motivation. *Journal of Educational Psychology*, 84, 261-274.
- Ames, C. (1992b). Achievement goals, motivational climate, and motivational processes. In G.C. Roberts (Ed.), *Motivation in sport and exercise* (pp. 161-176). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Ames, C. y Archer, J. (1988). Achievement goals in the classroom: Students' learning strategies and motivation processes. *Journal of Educational Psychology*, 80, 260-267.
- Anguera, M. T. (Ed.) (1999). *Observación en deporte y conducta cinésico-motriz: aplicaciones*. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Atienza, F. L., Moreno, Y. y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconenses*, 22, 29-42.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12, 314-319.
- Balaguer, I. y Castillo, I. (2002). Relaciones entre las conductas del estilo de vida en la adolescencia temprana. En I. Balaguer (Ed.), *Estilos de vida en la adolescencia*, pp. 209-227. Valencia. Promolibro.
- Balaguer, I., Castillo, I., y Duda, J. L. (2003a). Interrelaciones entre el clima motivacional y la cohesión en futbolistas cadetes. *EduPsykhé*, 2 (2), 243-258.
- Balaguer, I., Castillo, I. y Duda, J. L. (2003b). La Escala de Motivación Deportiva: una nueva medida de la motivación intrínseca, motivación extrínseca y no-motivación. Análisis psicométrico de la versión española. *En libro de resúmenes del II Congreso Internacional de Psicología aplicada al Deporte* (p.165). Madrid: Dykinson, S.L.
- Balaguer, I., Castillo, I. y Duda, J. L. (2004a). Predicting self-determination and well-being among Spanish athletes. *APA Annual Convention. Honolulu* (Hawaii).
- Balaguer, I., Castillo, I., Duda, J. L., Álvarez, O. y Díaz, A. (2004b). ¿Favorecen los entrenadores la autonomía de los deportistas?: El Cuestionario de clima en el deporte. Análisis de las propiedades psicométricas. *En Proceedings of the VII European Conference on Psychological Assessment* (p. 174). Málaga: Facultad de Psicología, Universidad de Málaga.
- Balaguer, I., Castillo, I., Duda, J. y Álvarez, M. (2005a). Importance of Social Context in the Prediction of Self-Determination and well-being in athletes of different level. *9th European Congress of Psychology*. Granada.
- Balaguer, I., Castillo, I., García-Merita, M. y Mars, L. (2005b). Implications of structured extracurricular activities on adolescent's well being and risk behaviors: motivational mechanisms. *9th European Congress of Psychology*. Granada.
- Balaguer, I. y Duda, J. (2003). Achievement goals, well-being and health behaviors among Spanish teenagers. En Reinhard Stelter (Ed.) *XIth European Congress of Sport Psychology. New Approaches to Exercise and Sport Psychology – Theories, Methods and Applications*. Book of Abstracts, p. 27. FEPSAC. University of Copenhagen
- Balaguer, I., Mayo, C., Atienza, F. y Duda, J. (1997). Factorial validity of the Perceived Motivational Climate in sport Questionnaire-2 in the case of Spanish elite female handball teams. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, Vol. 19/Supplement, p. 27. 1997 NASPSA Abstracts.
- Biddle, S. J. H. (2001). Advances in motivation in sport and exercise. In G.C. Roberts (Ed). *Enhancing motivation in physical education*. (pp.101-127). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Carron, A.V. y Hausenblas, H. A. (1998). *Group dynamics in sport*. (2.^a ed.). Morgantown. Fitness Information Technology.
- Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York: Plenum Press.
- Deci, E. L. (1995). *Why we do what we do: The dynamics of personal autonomy*. New York: Penguin Books.
- Deci, E. L. y Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2000). The «what» and «why» of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.

- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2006). Self-determination theory. An Approach to human motivation and personality. www.psych.rochester.edu/SDT/measures/auton_sport.html.
- Deci, E. L., Eghari, H., Patrick, B. C. y Leone, D. R. (1994). Facilitating internalization: The self-determination theory perspective. *Journal of Personality*, 62, 119-142.
- Deci, E. L., Schwartz, A., Sheinman, L. y Ryan, R. M. (1981). An instrument to assess adult's orientations toward control versus autonomy in children: Reflections on intrinsic motivation and perceived competence. *Journal of Educational Psychology*, 73, 642-650.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Duda, J. L. (2001). Goal perspectives research in sport: Pushing the boundaries and clarifying some misunderstandings. In G.C. Roberts (Ed.), *Advances in motivation in sport and exercise* (pp.129-182). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Duda, J. L. y Balaguer, I. (en prensa). The Coach-created motivational climate. En D. Lavalee & S. Jowett (Eds.) *Social Psychology of Sport*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Duda, J. L., Balaguer, I., Moreno, Y. y Crespo, M. (2001). The relationship of the motivational climate and goal orientations to burnout among junior elite tennis players. *AAASP*, Orlando, FL.
- Duda, J. L., Cumming, J. y Balaguer, I. (2005). Enhancing athletes' self regulation, task involvement and self-determination via psychosocial skills training. En, D. Hackfort, J. Duda, y R. Lidor (Eds.) *Handbook of Research in Applied Sport Psychology* (pp. 159-181). Morgantown, WV: FIT.
- Dweck, C. S. (1986). Motivational processes affecting learning. *American Psychologist*, 41, 1040-1048.
- Dweck, C. S. (1999). *Self-theories: Their role in motivation, personality, and development*. Philadelphia: Psychology Press.
- Eccles, J. S., Barber, B. L., Stone, M. y Hunt, J. (2003). Extracurricular activities and adolescent development. *Journal of Social Issues*, 59, 865-889.
- Edmunds, J. K., Ntoumanis, N. y Duda, J. L. (2005). The effect of an autonomy supportive teaching style on exercise class participants' behaviour and affect. *European Health Psychology Society Conference, Ireland. Psychology and Health*, 20, 74.
- Edmunds, J. K., Ntoumanis, N. y Duda, J.L. (en revisión) Testing a self-determination focused teaching style in the exercise domain.
- Epstein, J. L. (1988). Effective schools or effective students: dealing with diversity. En R. Haskins y D. MacRae (Eds.). *Policies for America's public schools: Teachers, equity, and indicators* (pp. 89-126). Norwood, NJ: Ablex.
- Epstein, J. (1989). Family structures and student motivation: A developmental perspective. En C. Ames y R. Ames (Eds.), *Research on motivation in education* (Vol. 3, pp. 259-295). New York: Academic Press.
- McAuley, E., Duncan, T. y Tammen, V. V. (1989). Psychometric properties of the Intrinsic Motivation Inventory in a competitive sport setting: A confirmatory factor analysis. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 60,, 48-58.
- Miller, G. A. (1969). Psychology as a means of promoting human welfare. *The American Psychologist*, 24, 12, 1063-1075.
- Morgan, K., Sproule, J., Weigand, D. y Carpenter, P. (2005). Development of a Computer-based Measure of Teacher Behaviours Related to Motivational Climate in Physical Education? *Physical Education and Sport Pedagogy Journal*, 10, 113-135.
- Newton, M. L., Duda, J. L. y Yin, Z. (2000). Examination of the psychometric properties of the Perceived Motivational Climate in Sport Questionnaire-2 in a sample of female athletes. *Journal of Sport Sciences*, 18(4), 275-290.
- Nicholls, J. G. (1984). Achievement motivation: Conceptions of ability, subjective experience, task choice, and performance. *Psychological Review*, 91, 328-346.
- Nicholls, J. G. (1989). *The competitive ethos and democratic education*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Patrick, H., Ryan, A. M., Anderman, L. H., Middleton, M., Linnenbrink, L., Hrudu, L. Z., Edelin, K. C., Kaplan, A. y Midgley, C. (1997). *OPAL - Observing Patterns of Adaptive Learning: A Protocol for Classroom Observations*. Leadership and Learning Laboratory, School of Education, University of Michigan.

- Pelletier, L. G., Fortier, M. S., Vallerand, R. J., Tuson, Brière, N. M. y Blais, M. R. (1995). Toward a new measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation in sports: The Sport Motivation Scale (SMS). *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 17, 35-53.
- Reeve, J. (2002). Self-determination theory applied to educational settings. En E. L. Deci y R.M. Ryan, *Handbook of self-determination research*. (pp.183-203). Rochester, The University of Rochester Press.
- Reeve, J., Jang, H., Carrell, D., Jeon, S. y Barch, J. (2004). Enhancing students engagement by increasing teachers autonomy support. *Motivation and Emotion*, 28, 147-169.
- Reinboth, M., Duda, J. L. y Ntoumanis, N. (2004). Dimensions of coaching behavior, need satisfaction, and the psychological and physical welfare of young athletes. *Motivation and Emotion*, 28, 3, 297-313
- Richer, S. y Vallerand, R. J. (1998). Construction and validation of the Perceived Relatedness Scale. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 48, 129-137.
- Roberts, G. C. (2001). Understanding the dynamics of motivation in physical activity: The influence of achievement goals on motivational processes. In G.C. Roberts (Ed.), *Advances in sport and exercise motivation* (pp. 1-50). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenthal, R. y Jacobson, I. (1968). *Pygmalion in the classroom*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Ryan, R. M. (1993). Agency and organization: Intrinsic motivation, autonomy and the self in psychological development. En J. Jacobs (Ed.), *Nebraska symposium on motivation* (Vol. 40, pp. 1-56). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryan, R. M. y Frederick, C. M. (1997). On energy, personality, and health: subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65, 529-565.
- Ryan, R. M. y La Guardia, J. G. (1999). Achievement motivation within a pressured society: Intrinsic and extrinsic motivations to learn and the politics of school reform. En T. Urdan (Ed.), *Advances in motivation and achievement* (Vol. 11, pp. 45-85). Greenwich, CT: JAI Press.
- Sarrazin, P., Vallerand, R., Guillet, E. Pelletier, L., y Cury, F. (2002). Motivation and dropout in female handballers: A 21-month prospective study. *European Journal of Social Psychology*, 32), 395-418.
- Sherif, C. W. (1978). The social context of competition. En R. Martens (Ed.), *Joy and sadness in children's sports*. Champaign, IL. Human Kinetics Publishers, INC.
- Smith, R. E. y Smoll, F. L. (1990). Self-esteem and children's reactions to youth sport coaching behaviours: A field study of self-enhancement processes. *Developmental Psychology*, 26, 987-993.
- Smith, R. E. y Smoll, F. L. (2005). Assessing Psychosocial Outcomes in coach training programs. En D. Hackfort, J. L. Duda., y R. Lidor (Eds.). *Handbook of research in applied sport and exercise psychology: International perspectives*. (pp. 293-316) Morgantown, FIT.
- Smith, R. E. Smoll, F. L. y Hunt, E. B. (1977). A system for the behavioral assessment of athletic coaches. *Research Quarterly*, 48, 401-407.
- Smoll, F. L. y Smith, R. E. (1989). Leadership behaviours in sport: A theoretical model and research paradigm. *Journal of Applied Social Psychology*, 19, 1522-1551.
- Smoll, F. L. y Smith, R. E. (2002). *Coaching behaviour research and interventions in youth sport: A biopsychosocial perspective* (2nd ed., pp. 211-231). Dubuque, IA: Kendall/hunt.
- Smoll, F. L. y Smith, R. E. (2006). Enhancing coach-athlete relationships: Cognitive-Behavioral principles and procedures. En J. Dosil (Ed.), *The Sport Psychologist's Handbook* (pp. 19-37). England: John Wiley & Sons Ltd.
- Theeboom, M., De Knop, P. y Weiss, M. R. (1995). Motivational climate, psychological responses, and motor skill development in children's sport: A field-based intervention study. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 17, 294-311.

- Treasure, D. C. (1993). *A social-cognitive approach to understanding children's achievement behavior, cognitions, and affect in competitive sport*. Tesis Doctoral no publicada, University of Illinois at Urbana-Champaign.
- Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., Blais, M. R., Brière, N. M., Senécal, C. y Vallières, E. F. (1992). The Academic Motivation Scale: A measure of intrinsic, extrinsic, and amotivation in education. *Educational and Psychological Measurement*, 52, 1003-1019.

CAPÍTULO 6

Intervención psicosocial para la promoción del desarrollo humano de niños en condiciones de pobreza

Camilo Madariaga



COMPENDIO DEL CAPÍTULO

Millones de niños en el mundo viven en medio de infames situaciones de pobreza, marginalidad y exclusión. En América Latina y el Caribe se estima que más de 7 millones de niños menores de 5 años están afectados por una desnutrición severa o moderada que deja una profunda huella sobre su desarrollo neurológico e intelectual. El presente capítulo relata cómo hemos diseñado un proyecto de intervención a gran escala en una zona del Caribe colombiano de acuerdo con el siguiente esquema:

1. Introducción
 2. Marco conceptual: desarrollo humano y paradigma ecológico
 3. Diseño del proyecto
 4. Metodología del proyecto
 5. La evaluación y el monitoreo
 6. Conclusiones
-

1. INTRODUCCIÓN

Hace unos seis años, con el apoyo financiero de la Fundación Interamericana y del Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido, dio comienzo «La Iniciativa de Alianzas», una experiencia promocionada por el Banco Mundial, la Fundación Corona y varias universidades colombianas, entre ellas la Universidad del Norte (Barranquilla). Se trata de un esfuerzo conjunto dirigido a definir, configurar y fomentar un nuevo paradigma de desarrollo en el que organizaciones empresariales, entidades sin ánimo de lucro y organizaciones comunitarias (los verdaderos actores) trabajan de manera conjunta y con organismos del gobierno en los niveles nacional, regional y local para afrontar la solución de los numerosos problemas que afectan a amplias zonas de nuestros países.

El presente capítulo forma parte de esta iniciativa y está dedicado a mostrar, paso a paso, cómo hemos diseñado un proyecto de intervención psicosocial con la ayuda del Fondo para la Acción Ambiental y la Niñez, que apoyó técnica y económicamente la ejecución del proyecto, en un Corregimiento (Villorrio) cercano a la ciudad de Barranquilla (Colombia). Las ideas iniciales surgen a partir de una solicitud comunitaria que hacen los pescadores que viven alrededor de una ciénaga denominada «Ciénaga de Mallorquín», situada en el Corregimiento «La Playa» donde la salud y desnutrición de los niños y niñas es la mayor preocupación. No sólo tomaron la iniciativa, sino que los propios pobladores han sido los verdaderos protagonistas del proceso desde la identificación del problema hasta la evaluación del programa, pasando por su diseño y ejecución, siguiendo así algunos de los supuestos sobre los que se asienta la intervención psicosocial, tal y como ha quedado claramente explicitado en el primer capítulo.

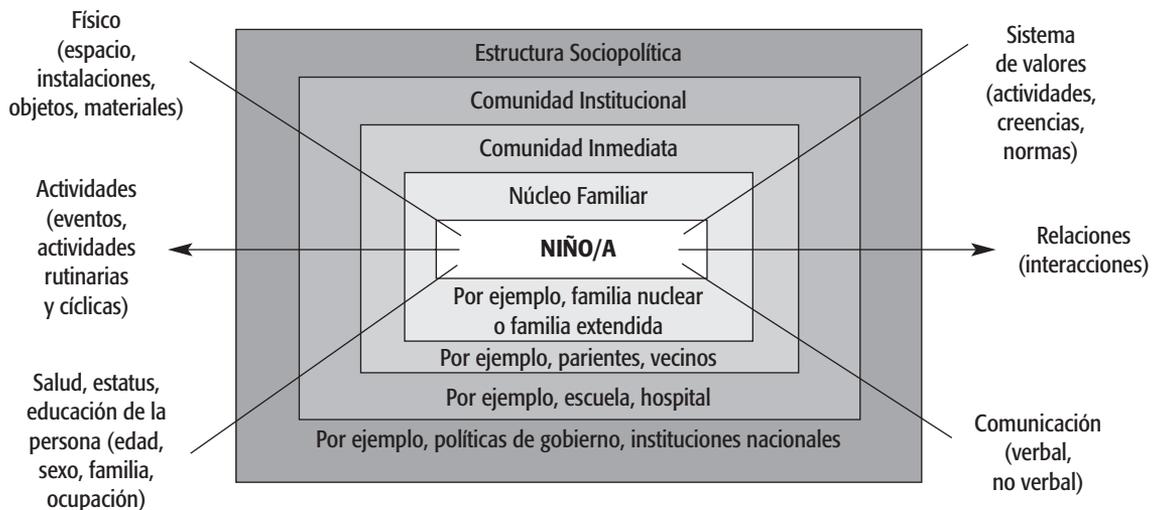
2. MARCO CONCEPTUAL: DESARROLLO HUMANO Y PARADIGMA ECOLÓGICO

El diseño de este proyecto se sustenta sobre el conocido Paradigma Ecológico del Desarrollo Humano propuesto por Urie Bronfenbrenner. Frente a la concepción del «desarrollo aséptico» de laboratorio, Bronfenbrenner propone una perspectiva ecológica del desarrollo humano en la que el estudio del ambiente en que los individuos se desenvuelven es tan esencial como el de las variables cognoscitivas que entran en juego. El modelo descansa sobre el siguiente postulado: el desarrollo humano consiste en la progresiva acomodación bidireccional entre un ser humano activo y las características de los ambientes dentro de los que el sujeto piensa, siente y actúa. Esta mutua acomodación «...se va produciendo a través de un proceso continuo que también se ve afectado por las relaciones que se establecen entre los distintos entornos en los que participa la persona en desarrollo y los contextos más grandes en los que esos entornos están incluidos» (Bronfenbrenner, 1979, p. 13).

El autor hace algunas aclaraciones en torno a estas afirmaciones señalando, en primer lugar, que el individuo es un ser dinámico en continuo desarrollo que no sólo es susceptible de ser modificado por el ambiente, sino que también es capaz de establecer paulatinamente vínculos con éste para reestructurarlo: entre persona y medio hay una relación bidireccional. Esto lleva al autor a considerar el desarrollo humano como una progresiva acomodación entre un ser humano activo y sus entornos inmediatos (también cambiantes). Pero este proceso se ve influenciado, además, por las relaciones que se establecen entre estos entornos y otros contextos de mayor alcance que los incluyen. Atendiendo a esta disposición de influencias, Bronfenbrenner concibe el modelo ecológico como una serie de niveles, esferas o sistemas ubicados de manera concéntrica que afectan conjuntamente, de forma directa o indirecta, al desarrollo del niño:

1. El *microsistema* es nivel más interno, el lugar inmediato que contiene a la persona en desarrollo y las relaciones interpersonales cara a cara, influye en aquellas actividades, roles y relaciones interpersonales que establece el individuo en un contexto dado. La díada o sistema de dos personas es considerada como la unidad básica de análisis del microsistema, la cual según Bronfenbrenner (1979) se caracteriza por la reciprocidad, equilibrio de poderes y relación afectiva entre los participantes de la interacción.
2. El *mesosistema* está constituido por las interrelaciones de dos o más microsistemas en los que la persona en desarrollo participa.
3. El *exosistema* abarca las esferas en las que el individuo no participa directamente, pero cuyas influencias llegan hasta los entornos más propios de esa persona.
4. El *macrosistema*, por último, alude a la influencia de factores ligados a las características de la cultura y al momento histórico-social. Representa los valores culturales y las creencias que rigen las otras tres esferas del sistema. (Véase Figura 6.1.).

FIGURA 6.1. MODELO ECOLÓGICO DE BRONFENBRENNER (Tomado de Myers, 1993, p. 16).



Modelo de Bronfenbrenner

3. DISEÑO DEL PROYECTO

3.1. Identificación del problema (evaluación inicial o línea de base)

En el campo de la contaminación ambiental, uno de los problemas más graves lo constituye la contaminación del agua. Según el informe de la OMS del año 2003, el agua contaminada fue la causa directa de unos 1,8 millones de muertes en todo el mundo; de ellos, 1,6 millones son niños y niñas menores de cinco años. También ha sido la responsable de muchas otras enfermedades, como cólera, disentería, fiebre tifoidea y diversas afecciones parasitarias. En dicho informe se afirma también que el 86 por ciento de las aguas residuales urbanas de América Latina y el Caribe, y el 65 por ciento de las de Asia se vierten sin tratar en ríos, lagos y mares.

Aproximadamente un millón de niños y niñas muere cada año a causa de enfermedades provocadas por la contaminación del agua y del aire en sus propias casas.

En Colombia, donde el 39 por ciento de la población (poco más de 42 millones) son menores de 18 años, la situación de la salud en la niñez afectada por causas ambientales es preocupante. Es difícil hacer una generalización sobre las condiciones de salud de los niños colombianos, pero hay zonas, como la Costa Pacífica, por ejemplo, donde los indicadores de salud son semejantes a los de los países más pobres del mundo, mientras en los sectores más pudientes de las grandes ciudades los indicadores se acercan a los países más ricos y con mayor desarrollo tecnológico. Según datos del Ministerio de Salud, en 2002 el 30 por ciento de la población carecía de acueducto (12,9 por ciento de la población urbana y 66,7 por ciento de la población rural), y solamente el 64 por ciento de la población disponía de servicio de eliminación de excretas (84 por ciento de la población urbana y 18 por ciento de la población rural). El 83,2 por ciento de los hogares colombianos hacían un almacenamiento inadecuado de las basuras y un 46 por ciento de los hogares no poseían servicios de recolección. Sólo el 45,8 por ciento de la población recibe agua domiciliaria de buena calidad (62,2 por ciento de la población urbana y 9,1 por ciento de la población rural).

Es importante también considerar el gran problema de la contaminación ambiental, que aumenta exponencialmente en el país. Las principales fuentes fluviales de Colombia tienen altos niveles de contaminación por metales tóxicos, residuos químicos, detergentes no biodegradables y residuos biológicos. Según el informe del CONPES, el río Grande de la Magdalena que atraviesa todo el país de Sur a Norte muestra que su ribera y su cuenca presentan problemas ambientales de deforestación, erosión, contaminación, degradación y desecación de humedales, resultado de las actividades humanas ambientalmente insostenibles. En algunos puntos del río la concentración de contaminantes sobrepasa los valores normales en aguas naturales. La descarga directa de las aguas residuales de Soledad y Barranquilla es una de las principales causas de este descenso en el último tramo del río, en el que adicionalmente los niveles de contaminación con hierro, manganeso, cadmio y bacterias coliformes superan los estándares permitidos.

En las últimas décadas, factores relacionados con la actividad humana se han constituido en limitantes del desarrollo de la Ciénaga de Mallorquín y una amenaza ambiental para las familias asentadas en sus alrededores, que de allí derivan su sustento. En este sentido, la actividad industrial y urbanística, la explotación de canteras y el hecho de que sobre el costado oriental de la Ciénaga funcionara, hasta hace pocos años, el basurero municipal de las Flores, han ocasionado la contaminación de las aguas por efecto de los residuos y desechos industriales, los vertimientos de las aguas residuales domésticas y la descomposición de las basuras acumuladas que continúan contaminando la Ciénaga como resultado de los procesos de lixiviación. Los lixiviados producidos por el antiguo botadero municipal aportan una gran cantidad de materia orgánica y por ende una población de bacterias patógenas y microorganismos de diversos tipos. Adicionalmente, se han detectado altos índices de contaminación por metales pesados (mercurio, plomo y cromo principalmente) e hidrocarburos totales.

3.2. Definición del área de influencia y población beneficiaria

La cuenca de la Ciénaga de Mallorquín presenta una superficie aproximada de 272 Km² y está constituida por los arroyos Grande y León. Administrativamente está vinculada al distrito de Barranquilla y a los municipios Puerto Colombia, Galapa, Tubará y Baranoa. Se trata de un área que muestra por demás una serie de factores y macrovectores de afectación que ponen seriamente en riesgo tanto la permanencia de muchos de sus valores sobresalientes, como los bienes y servicios ambientales que presta desde hace mucho tiempo a la población humana asentada en esta superficie.

Los beneficiarios de este proyecto son las familias que viven de la pesca, pero siguiendo las pautas del modelo teórico que sustenta nuestra intervención, queremos tomar como punto de partida la organización social, los sistemas de creencias y valores y los estilos de vida que prevalecen en esta cultura para ocuparnos directamente de los 1.200 niños de 3 a 10 años en su entorno cotidiano y escolar (Microsistema), de las 400 familias

en su entorno laboral (Mesosistema), y de 60 docentes y 4 escuelas (Microsistema) que conforman el Corregimiento «La Playa». Los escenarios específicos en los que se desarrollarán las actividades serán la familia de pescadores, los niños y sus padres, la comunidad local inmediata y las organizaciones comunitarias de base (Exosistema).

Estas 400 familias viven pobre y malamente de la pesca, cuyo trabajo está escasamente mecanizado, la captura por embarcación y la productividad por pescador son bajas, la amplitud de la pesca reducida, y la influencia política insignificante. La captura se vende en un desembarcadero o directamente en las calles del pueblo. Estos pescadores artesanales carecen del conocimiento y poder comercial, y sus alternativas de empleo son restringidas.

Las condiciones de vida de la comunidad pesquera tradicional son de alta precariedad. La mayoría de las familias viven hacinadas en casas miserables (por ejemplo, tambos con techo de zinc) expuestas frecuentemente a condiciones climáticas extremas, sobre todo en épocas de lluvia, que generan constantemente inundaciones y proliferación de enfermedades transmisibles. Los servicios de salud, el abastecimiento de agua potable, las carreteras y el servicio de energía eléctrica son insuficientes o simplemente inexistentes.

El nivel de ingresos de la mayoría de las comunidades pesqueras es inferior al de muchos otros grupos que trabajan en el pueblo y, en muchos casos, está por debajo de la línea de pobreza. Por si fuera poco, estos pescadores artesanales tropiezan con varias limitaciones en lo que respecta a disponibilidad de recursos, embarcaciones, artes y técnicas de pesca, infraestructura para el desembarque y la comercialización, acceso a los servicios de crédito y de extensión, además de otros obstáculos de tipo organizativo.

Los habitantes del Corregimiento «La Playa» han construido la historia de su vida alrededor de la Ciénaga. Este importante cuerpo de agua ha sido el sustento generoso en el cual han fundado su vida económica y por el cual han logrado un importante nivel de desarrollo comunitario.

Para tener en cuenta

Para identificar el área de influencia y la población beneficiaria se requiere poder identificar el Departamento, Municipio, Vereda o localidad donde se desarrollaría el proyecto y presentar una breve caracterización socio-económica y cultural de la población beneficiaria. Es importante informar si existe Plan de Ordenamiento Territorial, o un Plan de desarrollo Municipal en su localidad y la articulación del proyecto con éste. Se trata de hacer un análisis de contexto de la comunidad involucrada y el área de influencia relacionándolo con la situación problemática que se enfrenta.

Al describir el área y la población el interventor psicosocial debe abarcar las dimensiones de los sistemas cultural, natural, social, económico y político. La problemática se debe contextualizar. En la interacción de estas dimensiones se genera una situación problemática y es allí donde se debe realizar el análisis de contexto.

Las dimensiones más importantes y sus interacciones son:

DIMENSIÓN SOCIAL: demografía, seguridad social, ingresos, empleo, estructura productiva, infraestructura productiva y doméstica, intereses de grupos sociales, sistema educativo, sistema de salud, saneamiento básico (manejo de residuos sólidos y líquidos), organización de la comunidad, aplicación de tecnologías.

DIMENSIÓN CULTURAL: grupos humanos, cosmovisión, representaciones sociales y colectivas, historia de poblamiento (etnohistoria), relaciones interculturales, seguridad alimentaria, sistemas de producción.

DIMENSIÓN NATURAL: procesos naturales bióticos y abióticos, factores de amenaza y riesgo, geomorfología y clima, suelo, flora, fauna, ecosistemas.

DIMENSIÓN ECONÓMICA: modelo de desarrollo, patrones de consumo, generación de valor agregado, sectores productivos, aplicación de tecnologías.

DIMENSIÓN POLÍTICA: planes y programas relacionados, legislación aplicable, Plan de Ordenamiento Territorial, Plan de Desarrollo Municipal.

3.3. Objetivos Generales y Específicos

El objetivo general de este proyecto incluye la implantación de un Programa integral de Desarrollo Humano con metodología de participación comunitaria que cubra aspectos de salud, nutrición, desarrollo psicoafectivo, generación de ingresos y desarrollo social, y que abarque aquellos hogares que actualmente viven de la pesca para hacer frente a la problemática socio ambiental presente en el Corregimiento «La Playa» por la contaminación de la Ciénaga de Mallorquín.

Los objetivos específicos se concretarían en los siguientes:

- Realizar una evaluación del estado actual de salud física, nutricional y psicoafectiva de los niños integrantes de las familias de pescadores que viven en los 4 barrios aledaños a la Ciénaga de Mallorquín mediante un examen exhaustivo de salud integral.
- Desarrollar un programa de salud física, nutricional y psicoafectivo de los niños integrantes de las familias de pescadores como respuesta a la solución de los problemas de salud de los pobladores contrarrestando la problemática ambiental generada por la contaminación de la Ciénaga de Mallorquín.
- Implementar un programa de mejoramiento de los ingresos económicos de las familias que viven de la pesca a través de la puesta en marcha de un modelo de desarrollo productivo con el montaje de dos empresas productivas, que permita mejorar y aumentar sus ingresos económicos.
- Desarrollar un proceso participativo para mejorar la calidad de vida de los niños y sus familias, fortaleciendo el papel activo de la comunidad, la escuela y la familia en el reconocimiento y ejecución de actividades en respuesta a la problemática ambiental generada por la contaminación de la Ciénaga de Mallorquín.

El Cuadro 6.1. pretende recoger, de la manera más pormenorizada posible, los cuatro ingredientes de este ambicioso programa. A saber:

1. La formulación de los *objetivos específicos* que constituye el elemento clave de un documento de proyecto. De ellos fluye la definición de las actividades y las metas, así como la estructura general del proyecto.
2. Los *indicadores* son el medio que permite medir el grado en el que se han conseguido los objetivos. Con ellos se define el sentido y el alcance del proyecto en la evaluación ex-ante, y se mide el logro en cada una de sus etapas con la evaluación ex-post. Hay que definir indicadores para cada uno de los objetivos específicos.
3. Las *metas* son estimaciones cuantitativas independientes del impacto de cada alternativa y de sus volúmenes de producción. Se definen en términos de cantidad, calidad y tiempo, utilizando para ello los indicadores seleccionados. Las metas deben ser claras, precisas y realistas. Se deben cumplir dentro del horizonte del proyecto. Sin embargo, no necesariamente son una función lineal ni estable en el tiempo.
4. Una *actividad* se define como el conjunto de acciones que conducen a la obtención de un resultado (producto, bien y servicio). En consecuencia, un proyecto tendrá tantas actividades generales como resultados se esperan de él.

CUADRO 6.1. RELACIÓN DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS, METAS E INDICADORES

OBJETIVO ESPECÍFICO	LINEA BASE	INDICADORES	METAS	ACTIVIDADES
<p>Objetivo 1: Realizar una evaluación del estado actual de salud física, nutricional y psicoafectivo de los niños integrantes de las familias de pescadores que viven en los cuatro barrios aledaños a la Ciénaga de Mallorquín mediante un examen exhaustivo de salud integral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A pesar de la alarma ambiental, los habitantes han seguido haciendo uso indiscriminado de la Ciénaga, e incluso se siguen ofreciendo sus productos para el consumo diario y el autoconsumo. - No existe un mecanismo que oriente este aspecto en la comunidad de pescadores ni en y la comunidad en general. - Se ha generado desinformación y no se tiene claridad respecto a la situación debido a que la comunidad no maneja los conceptos relacionados con la problemática generada y los riesgos que esta implica. - Existe desconocimiento de la problemática ambiental de la Ciénaga y hay un uso de prácticas negativas de salud. - No existe un programa de información sólido, controlado y objetivo de parte de las entidades de salud. - Según el puesto de salud, el 80 por ciento de los niños presentan enfermedades parasitarias; gastrointestinales y de la piel por el consumo de pescado y mariscos de la Ciénaga. - Según la CRA (Corporación Autónoma Regional Atlántico), la Ciénaga está contaminada con metales pesados y desechos tóxicos producto de la proximidad de la zona industrial que evalúa sus desechos en la Ciénaga. 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de niños diagnosticados en su estado de salud físico y psicosocial. - Número de familias y de niños que se alimentan del producto de la Ciénaga. - Número de trabajadores de salud vinculados a los puestos de evaluación y diagnóstico de niños y adultos que se alimentan de los productos naturales de la Ciénaga. - Número de exámenes para establecer el diagnóstico de salud aplicados a los niños de las familias que viven de la pesca. - Porcentaje de morbilidad/mortalidad infantil. - Porcentaje del estado de nutrición de los niños. - Porcentaje del nivel de crecimiento y desarrollo de los niños. - Número de exámenes para la evaluación antropométrica de los niños y niñas. - Estado de los niños y niñas en relación con: <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo motor. • Desarrollo de la inteligencia. • Desarrollo del lenguaje. • Desarrollo emocional y psicoafectivo: autoestima. • Habilidades de independencia: habilidades de prealfabetización y pre-numérica y salud buco-dental. - Documento que registre en un sistema de indicadores las condiciones físicas de los hogares de pescadores: <ul style="list-style-type: none"> • agua corriente • agua potable y baño interno. • concentración de personas por habitación en el hogar. • clima educacional. - Índice de vulnerabilidad social (IVS), con los siguientes indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • analfabetismo de la población adulta • Estado de nutrición/ desnutrición en los niños y niñas. • Pobreza de consumo en los hogares. • Riesgo de mortalidad de los niños y niñas menores de un año • Presencia de comunidades desplazadas por violencia política 	<p>Meta 1: Evaluación Situacional del estado de salud física y emocional del 100 por ciento de los niños y de más integrantes de las familias de pescadores que viven en los cuatro barrios aledaños a la Ciénaga de Mallorquín</p>	<p>Actividades de la Meta 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el grupo de niños mediante indicadores antropométricos (peso para talla), bioquímicos (hemoglobina, hierro sérico y vitamina A sérica) y dietéticos (encuesta de frecuencia semicuantitativa de consumo). - Identificación de los factores de riesgo y protectores de la salud del 100 por cien de los niños. - Definición de problemas (causas y efectos) respecto al estado general de salud física y psicoafectiva de los niños. - Identificación de pautas de crianza utilizadas por los padres. - Determinar el estado emocional de los niños (análisis psicoafectivo).
			<p>Meta 2: Evaluación de necesidades de información, educación y comunicación (IEC) sobre prácticas culturales de salud, higiene y nutrición aplicada al 100 por cien de familias de pescadores.</p>	<p>Actividades de la Meta 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el estado de los CAP: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los padres hacia sus hijos. - Identificar los factores de la seguridad alimentaria y la disponibilidad y usos de los recursos alimentarios familiares en las 400 familias. - Determinar las necesidades de información, educación y comunicación alrededor de la salud de los niños. - Establecer un análisis del entorno (micro y macro) alrededor de la salud. - Realizar un inventario sobre los comedores escolares existentes en la zona de los que se pueda disponer o se puedan habilitar para el proyecto.
			<p>Meta 3: Construcción de indicadores de vulnerabilidad social (IVS) en el 100 por ciento de los niños hijos de pescadores.</p>	<p>Actividades de la Meta 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer los índices de: <ul style="list-style-type: none"> • Analfabetismo de la población adulta. • Estado de Nutrición/ desnutrición en los niños y niñas. • Pobreza de consumo en los hogares. • Riesgo de mortalidad de los niños y niñas menores de un año. • Presencia de comunidades desplazadas por violencia política.

CUADRO 6.1. RELACIÓN DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS, METAS E INDICADORES (Continuación)				
OBJETIVO ESPECÍFICO	LÍNEA BASE	INDICADORES	METAS	ACTIVIDADES
<p>Objetivo 2: Desarrollar, en cooperación pedagógica con los docentes, un programa de salud física, nutricional y psicoafectivo dirigido a los niños integrantes de las familias de pescadores como respuesta a la solución de los problemas de salud de los pobladores contrastando la problemática ambiental generada por la contaminación de la Ciénaga de Mallorca.</p>	<p>No existe un programa encaminado a prevenir, informar, actuar, capacitar y comunicar los efectos de la contaminación de la Ciénaga dirigido a niños, familias y comunidad en general que motiven cambios de comportamiento en la población y se extienda a las diferentes instancias para disminuir la problemática ambiental y socioeconómica.</p> <p>En el Corregimiento «La Playa» existen cuatro instituciones educativas en las cuales se encuentran matriculados más de 1.300 alumnos en Básica Primaria cuyas edades oscilan entre los 3 y 10 años. A pesar de que el Corregimiento tiene alrededor de 44 docentes, es poco lo que se está haciendo desde la escuela ya que ninguna de ellas dispone en sus proyectos educativos de un programa o plan con actividades curriculares o extracurriculares alrededor de la problemática ambiental y social en la que se encuentran inmersos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Número de niños participando en el programa educativo. - Número de familias participando en la implementación de la estrategia. - Número de escuelas del sector que participan en el desarrollo del programa. - Número de docentes que participan en el desarrollo del programa. - Número de reuniones de concertación. - Número de talleres de capacitación con docentes. - Número de talleres de capacitación con niños. - Número de materiales educativos producidos. 	<p>Meta 1: Diseñar participativo de un programa de comunicación educativa con participación de los diferentes actores a partir de los diagnósticos situacionales y la identificación de los factores de riesgo y de protección en salud física y nutrición.</p>	<p>Actividades de la Meta 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Convocatoria abierta a familias del Corregimiento a participar en el programa. - Concertación de objetivos del plan de comunicaciones con base en los resultados de la evaluación. - Organización de equipos de trabajo. - Definición de estrategias de comunicación interpersonal, movilización y medios masivos. - Fijación de criterios de evaluación, selección y adecuación de mensajes y metodología de comunicación educativa. - Elaboración y validación de mensajes. - Selección y mezcla de la propuesta educativa. - Definición de los mecanismos de monitoreo e indicadores de procesos y evaluación. - Realización, producción y aplicación de la propuesta educativa en la comunidad (obras de teatro con las temáticas específicas del proyecto, salud-nutrición, educación, cultura y ecología, vídeos, programas y cuñas radiales, etc.). - Evaluación formativa. - Divulgación de los resultados.
			<p>Meta 2: Capacitar al 100 por cien del personal involucrado en las actividades nutricionales, de salud e higiene en el Corregimiento (padres de familias, madres comunitarias, responsables de comedores infantiles, docentes, etc.), convocados a través de las 4 escuelas existentes en el corregimiento.</p>	<p>Actividades de la Meta 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivación y empoderamiento de líderes y multiplicadores. - Realización de talleres orientados al desarrollo de habilidades y destrezas en nutrición y salud dirigido a las familias de pescadores. - Vinculación de las instituciones educativas del Corregimiento en el programa educativo. - Realización de funciones de teatro-foros en Escuelas primaria sobre salud y nutrición.
			<p>Meta 3: Lograr que el 100 por cien de los niños, padres y líderes participen en la planeación y ejecución del componente psicoafectivo.</p>	<p>Actividades de la meta 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitación a las familias en elementos de comunicación, valores, normas y expresión del afecto dentro de la familia. - Diseño y aplicación de talleres con participación de niños y familias para estimular el desarrollo psicoafectivo, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: vínculos afectivos, comunicación, valores, roles, normas y reglas dentro del hogar. - Realización de talleres dirigidos a los padres sobre el desarrollo psicoafectivo de sus niños con ellos mismos, con su familia y también con su comunidad.

CUADRO 6.1. RELACIÓN DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS, METAS E INDICADORES (Continuación)				
OBJETIVO ESPECÍFICO	LÍNEA BASE	INDICADORES	METAS	ACTIVIDADES
<p>Objetivo 3: Implementar un programa de mejoramiento de los ingresos económicos de las familias que viven de la pesca a través de la puesta en marcha de un modelo de desarrollo productivo, con el montaje de empresas productivas, que permita mejorar y aumentar sus ingresos económicos.</p>	<p>Alrededor de 400 familias derivan su sustento de la pesca como única fuente de ingreso. El ingreso económico de las familias por las actividades de la pesca es un poco más de la mitad de un salario mínimo mensual, equivalente a 85 dólares. La mayor parte de trabajos alternativos a la pesca son de tipo informal y se realizan generalmente en la ciudad de Barranquilla.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de mejoramiento de los ingresos de las familias dependientes del trabajo de la pesca. - Número de familias beneficiadas con proyectos productivos/número total de familias a atender. - Aumento de niveles y distribución de ingresos y empleo. - Creación de un fondo solidario que preste servicios de apoyo a los proyectos productivos. - Disminución de la tasa de desempleo. - Número de familias con nuevos empleos que obtengan al menos un salario mínimo. - Número de personas componentes de la familia vinculadas a lo proyectos productivos. 	<p>Meta 1: Diseño y ejecución de dos Proyectos Productivos dirigidos al incremento de los ingresos en un 50 por ciento por encima de los habituales en mínimo 50 familias de pescadores.</p>	<p>Actividades de la Meta 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diseño y aplicación de talleres de capacitación dirigidos a los beneficiarios del programa en los temas de: <ul style="list-style-type: none"> • Emprendimiento. • Asociatividad. • Planeación. • Mercadeo y ventas. • Contabilidad. - Capacitación técnica de 120 pescadores. Esta dependerá del tipo de empresa que el beneficiario identifique y desarrolle. - Desarrollo del proceso de Asistencia Técnica Empresarial. - Desarrollo del proceso de Asistencia Técnica Productiva. - Implementación del proceso técnico de seguimiento y evaluación.
<p>Objetivo 4: Desarrollar (poner en funcionamiento) un proceso de desarrollo social para mejorar la calidad de vida de los niños y sus familias, fortaleciendo el papel activo de la comunidad, la escuela y la familia en el reconocimiento y ejecución de actividades en respuesta a la problemática ambiental generada por la contaminación de la Ciénaga de Mallorquín.</p>	<p>Existe una Asociación de pescadores, una Junta de Acción Comunal, y diferentes organizaciones de carácter público y privado que no se han articulado en red con relación a este tema, intentando desarrollar acciones de carácter individual muy aisladas.</p>	<p>80 por ciento de los líderes comunitarios participan en el proyecto. Diez instituciones gubernamentales y no gubernamentales invitadas a participar en este proyecto.</p>	<p>Meta 1: Participación del 100 por cien de las familias de pescadores y 60 líderes comunitarios en el proyecto.</p>	<p>Actividades de la Meta 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Movilización social de la comunidad. - Convocatoria a líderes comunitarios para la participación activa en la puesta en marcha del proyecto. - Organización Comunitaria. - Capacitación Formal en acciones y factores de protección frente a la Ciénaga de Mallorquín. - Promoción de la Participación Comunitaria. - Identificar y promover nuevos espacios de la comunidad para la inversión del tiempo libre. - Integración Social. - Sociogestión comunitaria. - Educación comunitaria a través de la realización de talleres concertados. - Acciones de cooperación y coordinación interinstitucional con las instancias gubernamentales y no gubernamentales encargadas de la preservación ambiental que operan en la zona correspondiente a la Ciénaga de Mallorquín con el fin de vincularlas técnicamente para la sostenibilidad del Proyecto.

Para tener en cuenta

Objetivo general: debe tener pertinencia, factibilidad de cumplimiento, relación con la temática.

La definición del objetivo general nace del problema y sus causas para identificar **un propósito** (qué se va a hacer) y **un fin** (para qué se va hacer). La formulación de este objetivo deberá contemplar el cambio concreto se alcanzará mediante la ejecución de este proyecto en relación con el problema identificado.

Elaborar un cuadro como el siguiente puede ayudar a definir el objetivo general. Siguiendo nuestro ejemplo tendríamos:

PROBLEMA	LÍNEA DE BASE	OBJETIVO GENERAL: definir un propósito y un fin para ofrecer una solución al problema.

Definición de indicadores: deben tener pertinencia en relación con el objetivo general, deben ser formulados con concreción y deben ir acompañados de un determinado potencial de logro. Un indicador es una unidad de medida que permitirá realizar el seguimiento del proyecto y verificar el cumplimiento del objetivo. Al finalizar el periodo, el indicador nos dirá qué metas concretas logramos entregar. Defina indicadores en los aspectos ecológico, natural, económico, social, cultural y político. Describa aquellos que se aplican al objetivo del proyecto. El cuadro siguiente ayuda a definir indicadores:

LÍNEA BASE	OBJETIVO GENERAL: definir un propósito y un fin para ofrecer una solución al problema.	INDICADORES

Objetivos específicos: deben tener pertinencia, coherencia.

Cada objetivo específico se refiere a una **causa** crítica del problema. El conjunto de objetivos específicos permitirá cumplir el objetivo general.

Cada objetivo específico también debe estar orientado por un propósito (Qué) y un fin (Para qué).

Definición de líneas de base: debe tener precisión, coherencia.

Defina para cada objetivo específico la situación actual de la que parte, línea de base o punto de partida para medir el logro. Un objetivo específico puede tener una o más líneas de base. Un cuadro como el siguiente puede ayudar a definir los objetivos específicos, conociendo las causas críticas y las líneas de base ya establecidas:

CAUSAS CRÍTICAS	LÍNEA DE BASE	OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Metas: deben tener pertinencia y coherencia, nivel de concreción, aptitud para la verificación del cumplimiento. Las metas se refieren a los resultados o logros medibles cuantitativa y cualitativamente en un período de tiempo determinado. Son las expresiones cuantitativas y cualitativas de los logros que se pretenden obtener con el proyecto, las expectativas de quienes proponen el proyecto. Su formulación debe tener en cuenta varios elementos, entre ellos el número de personas beneficiadas y el tiempo requerido para la obtención de los resultados.

Identifique la(s) meta(s) que deben alcanzarse para cumplir cada objetivo específico (ver matriz del proyecto). Si tenemos a la vista la línea base y los objetivos específicos, es más fácil concretar las metas para cada objetivo específico. Un cuadro así puede ser de utilidad.

LÍNEA BASE	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METAS

Actividades: son las acciones necesarias que se deben prever para la buena ejecución de la propuesta. A partir de ellas se obtendrán las metas. Para ello se requiere un conjunto de insumos y recursos en un período de tiempo determinado. También se dice que son los pasos secuenciales a seguir para lograr la meta y por tanto el objetivo específico.

Las actividades deben definirse en forma secuencial, lógica y coherente con las metas identificadas. Si las metas son claras y están cuantificadas, definir las actividades es un trabajo fácil. El siguiente cuadro es útil para definir las actividades con claridad:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METAS	ACTIVIDADES

4. METODOLOGÍA DEL PROYECTO

Como ya hemos indicado, el objetivo general de este proyecto apunta a la intervención para contrarrestar la problemática ambiental generada en el Corregimiento «La Playa» por la contaminación de la Ciénaga de Mallorquín mediante la implantación de un Programa Integral en Desarrollo Humano con metodología de participación comunitaria, comunicación educativa dirigida a niños, pescadores y comunidad en general que involucre salud-nutrición, educación, cultura y autoaprendizajes para la generación de ingresos alternativos. Siguiendo la línea teórica propuesta en el primer capítulo, nuestro marco de referencia gira en torno al bienestar; éste se erige en el marco que define el proceso de intervención que se operacionaliza en los objetivos, metas y actividades diseñadas conjuntamente con los pobladores. Para ser más concretos, esta propuesta trata de ser coherente con lo que se plantea en el Capítulo 1: «la aspiración moral de esta Psicología, se centra en cambiar pautas y/o abrir caminos capaces de conducir y de que ellas mismas (las personas, los grupos, las comunidades y hasta las sociedades) se conduzcan hacia la consecución del bienestar».

El proyecto responde a las necesidades económicas de cientos de familias de pescadores con nuevas alternativas productivas y sostenibles para poder generar un proyecto de Desarrollo Humano (CRA, 2005) donde la comunicación y la participación comunitaria sean protagonistas. En este sentido se espera que al término de 24 meses se encuentre una comunidad fortalecida, con una visión más consciente y proactiva hacia su entorno ambiental.

4.1. Estrategias de participación

En este proceso de intervención (Macías, 1993) definimos una serie de estrategias que nos permiten involucrar a las personas interesadas y a sus comunidades en el proceso de búsqueda del anhelado estado de bienestar social.

4.1.1. Participación Comunitaria

La participación social comunitaria significa que todos los actores sociales de una comunidad toman parte en las deliberaciones y decisiones sobre los problemas que les afectan, incluyendo las decisiones sobre necesidades y prioridades, la asunción de las responsabilidades y obligaciones para la formulación de planes y para la adopción de medidas y evaluación de los resultados.

La participación se puede estimular a través de las múltiples organizaciones formales de base, y son ellas las que, en principio, canalizan hacia los centros de decisión y poder del Estado la expresión de las diferentes opiniones populares. La participación cobra un significado especial cuando enfatiza el enfoque de alianzas a partir de los siguientes procesos (instrumentos/estrategias):

- *Movimiento social comunitario*: se trata de un movimiento social promovido y sostenido por los pobladores de un área territorial con el objeto de impulsar cambios progresivos y definitivos en la propia calidad de vida.
- *Organización Comunitaria*: se refiere al ordenamiento particular de las relaciones sociales en el asentamiento poblacional. Ese ordenamiento se caracteriza por la existencia de agrupamientos primarios o informales y agrupamientos secundarios o formales.
- *Participación Comunitaria*: tiene dos connotaciones diferentes, aunque ligadas entre sí: una se refiere a la participación de los pobladores en el proceso de toma de decisiones al interior del asentamiento, y la otra tiene que ver con las relaciones de las organizaciones ciudadanas representativas del agrupamiento con el Estado.
- *Integración Social*: se refiere al logro del consenso, a la conciliación y concertación entre los diferentes sectores sociales y políticos que conforman el asentamiento. Es imperativo, entonces, que en cada una de las organizaciones de base logren identificar sus intereses particulares y, mediante la concertación entre los grupos, lograr la unidad alrededor de fines comunes.
- *Sociogestión Comunitaria*: se refiere a la dinámica propia que una comunidad crea para lograr sus objetivos, satisfacer sus necesidades y materializar sus intereses fundamentales. Es el desarrollo de las potencialidades autogestionarias que tiene una comunidad para planear, ejecutar y evaluar sus propios proyectos, programas o tareas que redundan en el mejoramiento de la calidad de vida de su gente.
- *Educación Comunitaria*: implica un proceso interno de comprensión, interpretación y relación mutua que, como colectivo, llevan a cabo los miembros de un asentamiento. Implica también un proceso externo de relación, como colectivo, con el mundo exterior o el medio que les sirve de entorno.

En el contexto actual hay que asumir la participación social en un sentido amplio ya que tiene que ver con las relaciones sociales, con la producción y usufructo de la cultura, y por ello con las relaciones de poder. Por esto estudiar y promover la participación social parte de asumir que hay quienes no participan o quienes no lo hacen de una manera suficiente.

4.1.2. Comunicación como herramienta para mejorar la salud

La comunicación en salud es un enfoque interdisciplinario que surge de la intersección entre la pedagogía y la comunicación de masas y tiene como objetivo estudiar los procesos sociales de comunicación a partir de la profundización de diversos modelos pedagógicos conducentes al desarrollo social y humano. Mario Kaplún (1990,

p. 120-121) refiere que el «trabajo educativo se enriquecería si se comienza a reconocer la importancia y la verdad de los enunciados de la comunicación. Es decir, que se pueden releer todos los procesos educativos desde la comunicación. Por ello a veces más que hablar de una comunicación educativa, término que puede llevarnos a pensar en la pura instrumentalización de la comunicación, necesitamos hablar de una educación comunicativa». Kaplún propone que la educación incorpore como propia la comunicación social y la información, lo que constituiría un espacio teórico-práctico formado por las interrelaciones entre dos campos distintos: la educación y la comunicación (con especial énfasis en su capacidad mediática). Se trata de un espacio de trabajo con una finalidad clara: extraer el potencial de la unión de estas disciplinas y ponerlo al servicio del desarrollo social con el objeto de conseguir un mundo mejor para todos.

El uso de los medios de comunicación en la enseñanza dependerá de la concepción que se tenga de la educación o de la enseñanza. Tradicionalmente existen dos modos de entender y asumir esta dupla: el vertical, unidireccional y acrítico que lleva consigo la imposibilidad de una relación dialógica, y aquel otro cuyos protagonistas son los verdaderos interlocutores. Este último modelo propone como base de los procesos de enseñanza y aprendizaje la participación activa de los educandos y su consideración como sujetos activos del proceso educativo y no como objetos-receptáculos, y plantea el aprendizaje como un proceso activo de construcción y de recreación del conocimiento. Para esta concepción, todo aprendizaje es un producto social; el resultado de un aprender de los otros y con los otros.

Se ha comprobado la efectividad de modelos de intervención en educomunicación para la prevención y cambios de comportamiento en salud (dengue, VIH, malaria). En el tema del medio ambiente es decisivo aplicar procesos similares que contengan los elementos más importantes de dichos modelos: investigación, planificación, diseño, puesta en marcha o validación de la propuesta, implementación o monitoreo. Es importante que cada momento corresponda a una propuesta integral con objetivos claros de comunicación. El planeamiento estratégico de la comunicación educativa se convierte en una herramienta útil que permite el trabajo en equipo, la reflexión y la articulación de los procesos en la toma de decisión.

El componente de Información, Educación y Comunicación (IEC) se constituye en un espacio de trabajo estratégico de vital importancia porque abarca, facilita y dinamiza todas las articulaciones y contactos que se establecen entre los objetivos, estrategias, planes, instrumentos y contextos con el recurso humano y le ofrece la direccionalidad deseada. De manera más esquemática, las estrategias utilizadas para que la población se implique en su problemática se pueden resumir en la adquisición por parte de la población infantil y adulta de los siguientes elementos:

- *Conciencia*: promover y sensibilizar en los grupos sociales el desarrollo de una conciencia ambiental.
- *Conocimiento*: promover la adquisición de conocimientos sobre el medio ambiente, sus problemas y la forma de diseñar soluciones.
- *Valores y Actitudes*: promover el desarrollo de valores que comprometan la adquisición de actitudes positivas hacia el entorno y la sociedad.
- *Destrezas*: promover la adquisición de aptitudes necesarias para prevenir y diseñar soluciones a los problemas ambientales.
- *Participación*: incentivar la participación de la comunidad en todo el proceso de la gestión de toma de conciencia ambiental.

El diseño del material educativo se hará de manera concertada con la comunidad para su posterior producción y entrega. Este material se diseñará y producirá teniendo en cuenta los componentes de información, formación y comunicación para la promoción ambiental. Esta actividad contará con la participación de asesores en las temáticas específicas propuestas en el proyecto con el fin de contar con la información confiable y actual.

4.1.3. Los Proyectos Productivos

El modelo que se va a utilizar en el diseño y aplicación de proyectos productivos dirigido a las familias que viven directamente de la pesca incluye tres componentes básicos:

- *Desarrollo Empresarial*: incluye la capacitación y asistencia técnica a los beneficiarios en áreas tales como planeación, ventas, contabilidad, asociatividad y aspectos generales para la puesta en marcha de empresas.
- *Producción*: incluye la capacitación, asistencia técnica y adecuaciones físicas en cuanto a la producción de las empresas beneficiarias en áreas tales como la agroindustria, la industria química y la ingeniería industrial.
- *Crédito*: el objetivo de este componente es suministrar un capital semilla para la puesta en marcha de los proyectos para asegurar su sostenibilidad.

Las actividades a desarrollar de acuerdo al modelo se llevarán a cabo de la siguiente manera:

- *Capacitación empresarial*: para que la implementación de planes de los proyectos productivos sea efectiva es necesario capacitar a los beneficiarios del programa en diferentes temas, debido al escaso desarrollo empresarial existente en el sector.
- *Capacitación técnica* que dependerá del tipo de empresa que el beneficiario desarrolle y será impartida por el equipo ejecutor del proyecto. Éstas se realizarán en el lugar de producción de las mismas.
- *Asistencia Técnica Empresarial*: esta actividad permite que los beneficiarios aprendan haciendo, lo cual asegura una apropiación de los conocimientos adquiridos en las capacitaciones realizadas. Se realizarán visitas mínimo dos veces por semana a las empresas durante diez meses. Además, se brindará un acompañamiento en la comercialización de los productos en el ámbito local y regional.
- *Asistencia Técnica Productiva* que será realizada en los sitios de trabajo, logrando una apropiación en las formas de producción y permitiendo verificar tanto calidad como productividad de las empresas. Esta asistencia tendrá una duración de diez meses.
- *Seguimiento y evaluación*: esta actividad se basa en la evaluación constante de las actividades del programa mediante indicadores del nivel de vida de los beneficiarios. El equipo ejecutor se reunirá cada 20 días para realizar actividades de retroalimentación y ajustes en caso de ser necesario.
- *Resultados esperados*: para dar cumplimiento al objetivo del presente proyecto se plantean propuestas de negocio que les permita a las familias beneficiadas garantizar un ingreso económico mensual que permita el sostenimiento de sus miembros.

Para tener en cuenta

Cuando se planifica una intervención en torno a una problemática específica es importante considerar los siguientes aspectos: *a)* coherencia con objetivos, metas y actividades; *b)* monitoreo, seguimiento y evaluación; *c)* soportes técnicos e instrumentos de apoyo, y *d)* orden lógico y precisión de las fases.

Se debe especificar cómo va a ejecutar su propuesta. El psicólogo social debe precisar el orden lógico (fases o etapas) de las actividades para garantizar el logro de las metas y los objetivos. Identifique soportes técnicos, instrumentos de apoyo y manejo de la información.

En la metodología casi siempre se exige la descripción de **cómo** se va a ejecutar la propuesta. Para ello se deberán definir en un orden lógico las acciones o actividades a desarrollar a fin de garantizar el logro de las metas esperadas y el logro de los objetivos. Puede ser por fases o por etapas.

- Se deben describir los aspectos más relevantes de las técnicas e instrumentos que se utilizarán en el desarrollo de la propuesta.
- Se deben definir con claridad las fases o etapas necesarias para adelantar la propuesta. Por ejemplo: fase inicial, fase de ejecución, fase de resultados. Etapa I, etapa II, etapa III.
- Cuando el proyecto haga propuestas de formación o capacitación se deben definir con claridad los contenidos curriculares de todo el proceso de formación y capacitación.
- Si se van a realizar investigaciones deben quedar plasmados con claridad los métodos y diseños a aplicar.

Las siguientes preguntas pueden ayudar a presentar la metodología:

- ¿Qué procesos y pasos van a seguir para lograr las metas y objetivos?
- ¿Existen instrumentos que se van a utilizar en la ejecución de la propuesta?
- ¿Cómo van a aplicar esos instrumentos, y a cuál de los pasos señalados anteriormente corresponde dicha aplicación?
- ¿Cómo van a utilizar la información de los resultados y productos obtenidos?
- ¿Cuáles son los contenidos temáticos y curriculares de los procesos de formación o capacitación?

5. LA EVALUACIÓN Y EL MONITOREO

5.1. Modelo de evaluación integral

Nuestra experiencia en la evaluación de programas dirigidos a la niñez en los que se involucran la familia y la comunidad, y el desarrollo de un largo proceso de investigación orientada a la producción de conocimientos sistemáticos sobre la atención al menor de siete años proveniente de sectores marginales nos ha permitido ir construyendo principios relacionados con la calidad y sostenibilidad de los programas. Se trata de desarrollar un proceso de evaluación pertinente, planificándola con elementos que se asocien con la forma más adecuada de llevar a cabo los procesos y estrategias de los proyectos dirigidos a la infancia en contextos de pobreza.

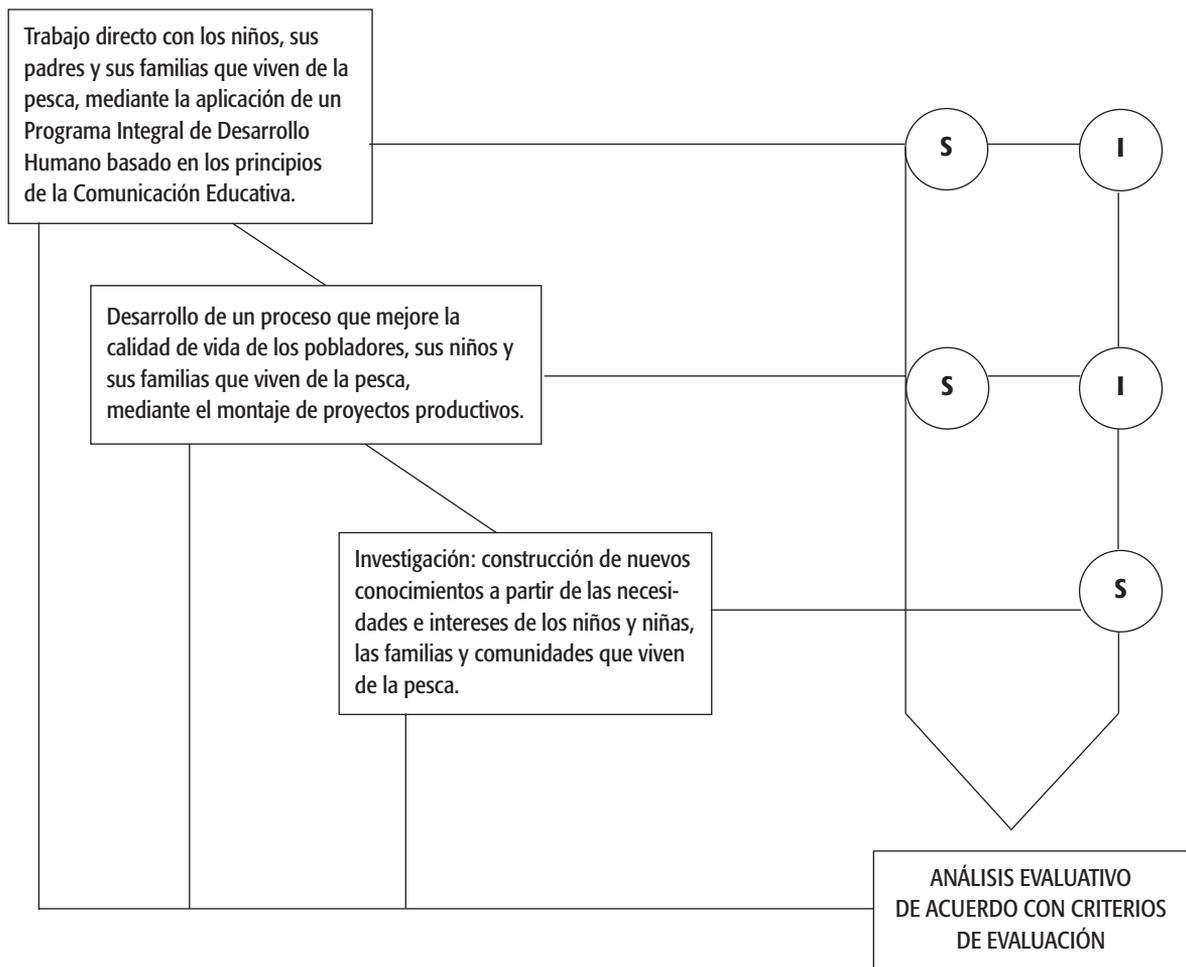
El proceso de evaluación que seguiremos para retroalimentar el proyecto que presentamos involucra los aspectos conceptuales que hemos ido desarrollando a lo largo de años de experiencia en el trabajo con comunidades que viven en desventaja socioeconómica (Abello, Madariaga y Hoyos, 1995; Amar, 1996; Abello y Madariaga, 1987), vinculando siempre a los padres y a los hijos. Nuestra concepción de la evaluación tiene la mirada atenta a lo que sucede en la realidad y utiliza procedimientos que eviten que la ideología, las ideas preconcebidas, o incluso los intereses de quienes realizamos la evaluación afecten el resultado del ejercicio (Abello y Madariaga, 1987). Para ello pretendemos que la información sea suficiente, aunque no necesariamente completa, y la pretensión de exhaustividad la manejaremos de manera discreta de forma que no se convierta en un inconveniente para la evaluación.

Como quiera que existen modelos de evaluación que derivan tanto del objeto a evaluar como de la formación académica de quienes lo realizan, es pertinente insistir que nuestra posición es comparar un patrón de deseabilidad (imagen - objetivo hacia el cual se dirige la acción del proyecto que proponemos) con la realidad (lo que realmente sucederá como consecuencia de las actividades que se desplieguen) y, por otro lado, la preocupación por alcanzar los objetivos planteados (Weiss, 1982; Abello y Madariaga, 1987; Cohen y Martínez, 2003). De esa forma asumimos el concepto de la investigación evaluativa como una estrategia para comparar

los efectos de un programa con las metas que se propone alcanzar a fin de contribuir (esto es especialmente relevante) a la toma de decisiones subsiguiente acerca del mismo y mejorar la programación futura teniendo en cuenta que nos proponemos implantar un proceso de evaluación integral que permita monitorear los procesos y el impacto de todas las actividades del proyecto mediante el diseño y ejecución de un modelo de evaluación pertinente y permanente (véase Abello y Madariaga, 1987, p. 147-148).

De acuerdo con los objetivos y metas definidos en el proyecto, llevaremos el proceso evaluativo mediante acciones de seguimiento o monitoreo de las actividades derivadas de cada objetivo. Como se menciona en el Capítulo 15, estos procesos de evaluación se realizarán tanto durante la implementación (evaluación del proceso), como al concluir el mismo (evaluación de resultados). En este sentido describiremos los procesos relacionados con cada uno de los objetivos y metas que consideramos los componentes más relevantes de la evaluación de acuerdo con la Figura 6.2:

FIGURA 6.2. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA EVALUACIÓN



S = Seguimiento y monitoreo a los procesos mediante indicadores cuantitativos de evaluación.

I = Investigación sobre los efectos o el impacto de los componentes en el desarrollo de los niños y niñas atendidos.

Los procesos que se llevarán a cabo en cada uno de los componentes de evaluación son los siguientes:

- *Trabajo directo con los niños*, padres y familias que viven de la pesca: se trata de un seguimiento permanente de las actividades establecidas para contrarrestar la problemática ambiental generada en el Corregimiento «La Playa» por la contaminación de la Ciénaga de Mallorquín mediante la aplicación de un Programa Integral de Desarrollo Humano basado en los principios de la Comunicación Educativa para niños, pescadores y comunidad en general, que involucre salud y nutrición, educación, cultura y generación de ingresos alternativos.
- *Proyectos productivos*: partiendo de la necesidad de impactar el proceso de desarrollo humano, se pretende desarrollar una actividad de seguimiento mediante indicadores cuantitativos sobre la implementación del programa para mejorar el nivel de vida de las familias de pescadores a partir de la puesta en marcha de un modelo de desarrollo productivo que permita la diversificación del ingreso de cada una de las familias beneficiarias.
- *El impacto*: teniendo en cuenta las características del objetivo desarrollaremos una investigación evaluativa con base en un diseño antes y después partiendo de la línea base con los mismos niños, sus padres y sus familias (Amar y Abello, 1998; Abello, 2000) para establecer comparaciones con la población beneficiaria del programa. Se trata de analizar qué aspectos implicados en el programa de desarrollo humano que forman parte del mejoramiento de la calidad de vida de niños, padres y familias han ofrecido resultados beneficiosos (Amar y Abello, 1998; Abello, 2000).

El modelo de evaluación que presentamos está inspirado en el modelo de «Referentes Específicos» (Abello y Madariaga 1987, p. 26). Este modelo permite identificar los componentes de evaluación basándose en los objetivos del proyecto, precisar en las metas indicadores que permitan el seguimiento mediante determinadas técnicas.

6. CONCLUSIONES

Hasta hace unos pocos años sólo se hablaba en Colombia de problemáticas sociales, económicas o políticas, como la violencia, la pobreza, la injusticia, el desempleo, violación a los Derechos Humanos, la exclusión social etc. Se hablaba poco y se intervenía menos sobre asuntos relacionados con el deterioro del medio ambiente. Sólo hasta hace poco, y debido a cambios en los paradigmas implementados para leer la realidad social de los países en desarrollo, impulsados muchas veces por organismos internacionales, se empezó a considerar la importancia y pertinencia de investigar e intervenir en esas problemáticas desde espacios sociales más cercanos a la cotidianidad de los grupos y de los individuos.

Los puntos esenciales que se desarrollan en este capítulo ponen el énfasis en los siguientes aspectos:

1. En la identificación del problema es importante expresar las razones por las cuales se cree necesario desarrollar el proyecto. El éxito de un programa de intervención psicosocial está íntimamente ligado a la identificación clara de los problemas o necesidades.
2. El análisis del problema nos debe arrojar las líneas de base, entendidas como el punto de partida del proyecto que en el futuro servirá para medir los avances en la solución. Las líneas de base se vinculan posteriormente a los objetivos específicos.
3. Para que el problema sea el eje del proyecto:
 - Debe ser medible cuantitativamente y cualitativamente.

- Debe ser solucionable por el accionar propuesto en el diseño de la propuesta.
 - Debe ser susceptible de localizarse espacialmente (Departamento, municipio, vereda, barrio, extensión).
 - Debe afectar los intereses de diferentes actores (campesinos, estudiantes, mujeres, niños, funcionarios públicos, gremios, etc.).
4. Se debe caracterizar brevemente el área de influencia y el problema con sus causas y efectos. De esa manera se obtiene la situación actual o línea base sobre la cual se medirá el proyecto.
 5. La definición del objetivo general nace del problema y sus causas para identificar un propósito (qué se va a hacer) y un fin (para qué se va a hacer).
 6. Los objetivos específicos deben tener pertinencia y coherencia. Cada uno de ellos se refiere a una causa crítica del problema. El conjunto de objetivos específicos permitirá cumplir el objetivo general. Cada objetivo específico también debe estar orientado por un propósito (qué) y un fin (para qué).
 7. Las metas deben tener pertinencia y coherencia, nivel de concreción, aptitud para la verificación del cumplimiento.
 8. Actividades (acciones necesarias que se deben prever para la buena ejecución de la propuesta o pasos secuenciales a seguir para lograr la meta y por tanto el objetivo específico) deben definirse en forma secuencial, lógica y coherente con las metas identificadas. Si las metas son claras y están cuantificadas, definir las actividades es un trabajo fácil.
 9. Evaluación y Monitoreo: de acuerdo con los objetivos y metas definidos en el proyecto, llevaremos el proceso evaluativo mediante acciones de seguimiento o monitoreo de las actividades derivadas de cada objetivo. Como se menciona en el Capítulo 15, estos procesos de evaluación se realizarán tanto durante la implementación (evaluación del proceso) como al concluir el mismo (evaluación de resultados).
 10. Marco conceptual: como se expresa en el primer capítulo: «Cuando hablamos de intervenir estamos hablando de una actividad presidida por la solución de un problema práctico que abordamos con la inexcusable e imprescindible ayuda de una determinada estructura conceptual». Hay que sustentar teóricamente el proyecto formulado. Ello implica analizar y exponer las teorías, los enfoques teóricos, las investigaciones y los antecedentes en general que se consideren válidos para el correcto encuadre del proyecto a ejecutar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abello, R. (2000). *Infancia y conocimiento social*. Barranquilla: Ediciones Uninorte.
- Abello, R., Madariaga, C. y Hoyos, O. (1995). Redes sociales: un mecanismo de supervivencia en sectores de pobreza. *Investigación y Desarrollo*, 4, 73-89.
- Abello, R. y Madariaga, C. (1987). *Estrategias de evaluación de programas sociales. Un modelo de evaluación para programas socio-educativos, con base en la experiencia evaluativa del Proyecto Costa Atlántica*. Barranquilla: Ediciones Uninorte.
- Abello, R. y Madariaga, C. (1987). Epistemología de la evaluación: Un debate sobre la actitud de la aplicación de los métodos evaluativos en los programas sociales. *Anuario Científico* 3.
- Amar, J. y Abello, R. (1998). *El niño y su comprensión del sentido de la realidad*. Barranquilla: Ediciones Uninorte.
- Amar, J. (1996). Calidad de vida y desarrollo infantil. *Working Papers in Early Childhood Development*, 17, 1-30.
- Amar, J. (1996). *Educación infantil y desarrollo social*. Barranquilla: Ediciones Uninorte.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Cohen, E. y Martínez, D. (2003). *Manual de formulación, evaluación y monitoreo de proyectos sociales. División de Desarrollo Social*. Buenos Aires: CEPAL.
- Corporación Autónoma Regional Atlántico (CRA). *Plan de ordenamiento de la cuenca Hidrográfica de la Ciénaga de Mallorquín*. Febrero 26 de 2005.
- Departamento Nacional de Planeación (2003). *Incidencia del gasto público social sobre la distribución del ingreso y la reducción de la pobreza*. Documento CONPES, n.º 317.
- Granados, J. Peligrosa contaminación en Mallorquín. Diario «El Herald de Barranquilla» 20 de noviembre de 2004.
- Kaplun, M. (1990). *Comunicación entre grupos*. Buenos Aires: Humanitas.
- Macías Ospino, A. (1993). Desarrollo comunitario y atención comunitaria a la infancia. Sistematización de la experiencia del Proyecto Costa Atlántica. *Investigación y Desarrollo*, 3, 23-27.
- Ministerio de Salud de Colombia. Dirección de Epidemiología (2003). *Proyecto para el establecimiento de un programa de prevención de la deshidratación por diarreas en niños menores de 5 años, en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Myers, R. (1993). (Coord.). *Los doce que sobreviven. Fortalecimiento de los programas para la primera infancia en el Tercer Mundo*. Copublicación OPS/UNICEF/TACRO.
- OMS. (2003). *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: cien años de historia 1902-2002*. Washington D.C.: Organización Mundial de la Salud.
- Weiss, C. (1998). *Metodología de la evaluación*. México: Prentice-Hall Iberoamericana.

CAPÍTULO 7

Reconstruir el tejido social mediante la práctica de transformar el pasado: diseño de una intervención en violencia política¹

Mauricio Gaborit



¹ Una versión más extensa de los primeros dos epígrafes de este capítulo aparece en Gaborit, M. (2006). Memoria Histórica: Revertir la historia desde la víctimas. En F. Gómez Isa (dir.), *El derecho a la memoria* (pp. 195-222). Bilbao: Diputación Foral de Guipúzcoa.

COMPENDIO DEL CAPÍTULO

En este capítulo se presenta una intervención psicosocial en violencia política que busca, desde procesos comunitarios, la reivindicación de las poblaciones afectadas por la violencia organizada abordando su memoria, contribuir al bienestar psicosocial de los pobladores y reconstruir el tejido social rasgado por la impunidad y el olvido forzado impuesto por la historia oficial. La intervención identifica los siguientes procesos:

1. La violencia de Estado y la necesidad de la reparación social
 2. Las conmemoraciones: la presencia de los ausentes
 3. Transformar el pasado: las llaves de la memoria
 4. Impacto de la intervención
 5. Conclusiones
-

1. LA VIOLENCIA DE ESTADO Y LA NECESIDAD DE LA REPARACIÓN SOCIAL

La violencia institucionalizada que ha tomado la forma de guerras, dictaduras y conflictos étnicos en el siglo pasado y el actual ha dejado un sinnúmero de víctimas y sobrevivientes que cargan con una memoria dolorida. La reconstrucción de sus vidas se da en medio de pérdidas humanas, materiales y de identidad y acompañada de represión, vergüenza, culpa y anestesiamiento social. Las víctimas tienen necesidad de acceder a su historia para obtener un módico de salud mental y de dignificar la memoria de los muertos o desaparecidos. También desean contribuir a la reconciliación. Pero para que una verdadera y auténtica reconciliación se posibilite después de esas experiencias traumáticas es necesario acceder a ellas buscando el esclarecimiento de la verdad y la procuración de la justicia. De ahí la importancia que ha ido adquiriendo en los últimos años la recuperación de la memoria histórica como paso indispensable en la reparación del tejido social rasgado por la violencia como lo demuestran las recientes discusiones en el Parlamento español sobre la Ley de Memoria Histórica para rehabilitar a las víctimas de la Guerra Civil y el franquismo, y la decisión de la Corte Suprema de Justicia de Argentina en junio de 2005 de declarar la nulidad de las leyes de Puntos Final y Obediencia Debida.

Más de 60 años han pasado desde que el franquismo instaló, al clausurarse la Guerra Civil española, un sistema político sórdido alimentado por la persecución, la represión y violaciones graves a los derechos humanos, y aunque la transición a la democracia se dio con la muerte del dictador, las consecuencias de esa época de violencia generalizada todavía se hacen sentir hoy en día. Unos 13.000 españoles fueron enviados a campos de concentración nazis. En 1939 el número de exiliados alcanzaba la cifra de 450.000 y los presos en territorio español sumaban más de un cuarto de millón en 1946. Al otro lado del Atlántico, muchos países en América Latina a partir de los años 70 experimentaron un desgarramiento social igualmente pavoroso que cobró la vida de varias centenas de miles de civiles que perecieron como consecuencia de políticas de terrorismo de Estado instrumentalizadas por organismos de inteligencia del Estado y sus ejércitos. En doce años de guerra civil en El Salvador perecieron unas 70.000 personas. En Perú entre 1980 y 2000 murieron y desaparecieron cerca de igual número de personas. El régimen del dictador Pinochet en Chile sometió a más de 30.000 personas a torturas y encarceló a unos 50.000 disidentes políticos. El Informe Sábado documentó la desaparición de casi 9.000 personas en Argentina. En Guatemala, 34 años de guerra produjeron la desaparición o muerte de unas 200.000 personas y entre 500.000 a un millón tuvieron que refugiarse, desplazarse de sus lugares de habitación o exilarse entre 1981 y 1983. La sangre de estas víctimas inocentes empapaba la tierra al mismo tiempo que se erigía, en contraposición, una versión de los hechos basada en la negación de los acontecimientos, la re-victimización de las víctimas y una ideología que excusaba los perversos excesos de fuerza basada en el doble argumento de la seguridad del Estado y la lucha contra el comunismo. A esto habría que añadir el genocidio en Rwanda que cobró entre 800.000 y un millón de vidas en sólo 100 días en 1994 y el de la antigua Yugoslavia perpetrado por el régimen de Slobodan Milosevic, quien, según Naciones Unidas, sólo entre marzo y junio 1999 asesinó más de 10.000 albanos y encarceló a más de 2.000 kosovares en prisiones serbias. Hasta aquí los argumentos para la identificación del problema como parte del diseño de una intervención (véase Cuadro 2.1 y epígrafe 2.2.1).

Esta historia cruenta ha dejado víctimas que en muchos de los casos no han sido reconocidas como tales y han tenido que vivir en una nueva clandestinidad una vez clausurados los enfrentamientos bélicos, las torturas y las desapariciones. Esta clandestinidad está poblada de recriminaciones personales sobre hechos que pudieron desarrollarse de otra manera, duelos alterados y culpabilidad. Frente a esa historia de sufrimiento se ha construido una historia oficial que articula una narrativa que desconoce el sufrimiento de las víctimas, lo niega o lo presenta de manera que queda descalificado o denigrado (Gaborit, 2002). Esta historia oficial reclama una única versión de los acontecimientos que se considera indispensable para la continuación de la vida política,

social y cultural del país. La memoria de esos eventos colectivos, desde la óptica de las víctimas, por el contrario, es distinta y busca fundamentar el derecho a la verdad, a la identidad y la integridad moral y cultural de las comunidades. La reparación social que emana de ese derecho fundamental a la verdad busca reconstruir las relaciones grupales e interpersonales dañadas por la mentira oficial que orquesta el silenciamiento de las voces de las víctimas.

2. LAS CONMEMORACIONES: LA PRESENCIA DE LOS AUSENTES

De capital importancia en la reparación del tejido social, de la recuperación de la memoria histórica y de la recuperación socio-afectiva de personas y comunidades son las conmemoraciones vinculadas a hechos terroríficos tales como masacres, detenciones arbitrarias masivas, desapariciones forzadas, tortura y desplazamientos. Las conmemoraciones ayudan a la rememoración de eventos colectivos, pero los rituales asociados a estas conmemoraciones cumplen unas funciones sociales que van más allá de los eventos conmemorados. En primer lugar, revisten de dignidad los sentimientos de los sobrevivientes. Es bastante común que la historia oficial señale como sospechosos esos sentimientos personales y colectivos. Más aún, los mismos sobrevivientes se habrán mostrado reticentes en exhibirlos públicamente por temor a represalias y porque en el caso de desapariciones o asesinatos, la presentación pública de esos sentimientos los pondría en peligro. En situaciones de violencia organizada los sobrevivientes con frecuencia no han podido ni siquiera pronunciar los nombres de los familiares, hablar sobre las circunstancias de su muerte o desaparición ni mucho menos señalar los culpables ni iniciar procesos tendientes a esclarecer el paradero de los que han desaparecido. Como señala Beristain (1999a, 1999b) y describe en el Capítulo 9 del texto que tenemos entre manos, para justificar sus acciones los victimarios culpabilizan de manera explícita a los propios familiares.

Los que han ido forjando una historia oficial a través del uso directo del poder, ven con suspicacia esos sentimientos de los sobrevivientes. En el mejor de los casos los consideran inapropiados pues desbordarían los límites de la cordura y sensatez o serían desproporcionados ya que no tomarían en cuenta la putativa culpabilidad mayor de los que han muerto y su responsabilidad en las circunstancias de su propia muerte o desaparición. De ambas, culpa y muerte, se desmarca la historia oficial y los que la tejen ya que la primera, la culpa, correspondería enteramente al fuero personal y la segunda, la muerte, correspondería a actores cuya identidad se desconoce. El Estado, se argumenta, no podría cargar con ese excedente de subjetividad que desborda los límites de la racionalidad.

Pero también está el peor de los casos. En este escenario, esos sentimientos se señalan como falsos y fraudulentos ya que no tienen referencia honesta a los acontecimientos tales como éstos se dieron, no se ajustarían a la historia tal como queda recogida en la anamnesis oficial. Son sentimientos que se señalan egocéntricos y que subvertirían el nuevo orden y, por lo tanto, contrarios a la necesaria reconciliación post-conflicto. De esta manera las víctimas o los sobrevivientes tienen que relegar sus sentimientos de dolor, pérdida e injusticia a la clandestinidad. Allí precisamente donde los victimarios desean que se coloquen, pues esos lugares carecen de legitimidad y, por definición, de publicidad. En esos ámbitos recónditos de la psique humana habita, entre otros sentimientos discapacitantes para la identidad y sanidad mental, la vergüenza, la culpa, la rabia.

En segundo lugar, los rituales de conmemoración revisten de objetividad los sentimientos generados en los sobrevivientes. No son los sentimientos privados de algunas personas cuya salud mental se puede poner en entredicho. Se presentan públicamente y de esa manera tienen validación social porque los poseen muchos otros que comparten una narración y una historia. Quedan clarificados los papeles que distintas personas, grupos e instituciones han jugado en la historia colectiva, en cuyo significado se quiere adentrar. Aparecen claramente los victimarios, sus intenciones y sus instrumentos; las víctimas, sus proyectos y los recursos sociales que

demandan tener para poder llevarlos a cabo; los cómplices y su conspiración de silencio con la cual han avalado la historia oficial y pervertido el significado del sufrimiento de personas y comunidades; los que se mostraron solidarios con el dolor, la tragedia de las personas y comunidades, y el horror. Es en y a través de estas conmemoraciones que los sobrevivientes llegan a entender los sentimientos que ellos albergan, su extensión y el impacto que causan en otros ámbitos de su vida personal y colectiva.

Al objetivarse los sentimientos de las víctimas en este diálogo intersubjetivo se sientan las bases para revertir la historia desde ellas ya que la historia oficial encuentra su contrapunto precisamente en lo que y en quienes ésta ha querido olvidar. Obedece, por un lado, a los deseos de los victimarios de continuar viviendo en la impunidad y de gozar de los expolios sociales de su victoria o ascendencia y, por otro lado, a los deseos de las víctimas bien de «cerrar» un capítulo doloroso de sus vidas o de disminuir su cotidiana vulnerabilidad. De la misma forma como se escogen y se privilegian algunos eventos para memorizarlos y dotarlos de significado unificante, así se señalan otros para relegarlos al olvido social, a la inmemoria. Y es que para que las narraciones sociales adquieran el potencial de construir significados compartidos deben abordar esa doble dinámica de las conmemoraciones: memoria y olvido. La lucha que antes se pudo librar en el enfrentamiento armado o en la subversión ahora se traslada a otro campo mucho más amplio y plagado de minas: el de la reconstrucción del tejido social mediante la práctica de transformar el pasado.

Los victimarios buscan institucionalizar en la historia oficial su versión de los hechos porque de esta manera su perspectiva queda depositada en la memoria colectiva y queda instalada profunda pero perversamente en nuestras relaciones y en la cotidianidad social y personal. El paso del tiempo se encargará de darle el cariz de verdad. Lo contrario a esa versión en el mejor de los casos sería ignorancia, y en el peor de ellos mentira. La historia oficial al margen y en contraposición a la narración de las víctimas se convierte en un referente de legitimidad en un doble sentido: legítima lo acaecido y legítima en virtud de eso lo que posteriormente se ha dado y las interpretaciones que en un segundo momento —o quizá mejor dicho en un primerísimo momento— se elaboran. Dicho de otra manera, la historia oficial con el peso que le confiere el uso del poder y el secuestro al que éste somete el imaginario social, indica qué hechos transcurrieron y quiénes actuaron, con qué motivaciones y cómo deben suceder las cosas en el futuro en virtud de las justificaciones que se presentan para el consumo popular. Pero lo hace desde unos intereses que buscan desvirtuar o aniquilar a las víctimas mediante dos procesos interrelacionados: el olvido y la sospecha (Gaborit, 2002).

Por medio del primero, el olvido forzado, los victimarios imponen su propia versión de los hechos. Para lograrlo se valen de la omisión selectiva de acontecimientos importantes y la manipulación de las vinculaciones entre los hechos (Rosa, Bellelli y Bakhurst, 2000). La sospecha, por otro lado, tiene una doble función. En primer lugar, va dirigida a romper los lazos de solidaridad que pudieran existir entre las víctimas y la población civil, debilitando la empatía que suelen demostrar personas de buena voluntad ante la brutalidad, y especialmente cuando ésta proviene del Estado. En segundo lugar, produce cierto auto-embellecimiento al presentarse los victimarios como las verdaderas víctimas de historias insidiosas urdidas por personas confundidas o por personas mal intencionadas. La Psicología conoce ampliamente los mecanismos que operan en la revictimización de las víctimas (Janoff-Bulman, 1992) generada esencialmente por distintas formas de intimidación y ataque frontal a su identidad y autoestima.

En tercer lugar las conmemoraciones colectivas, si bien tienden a intensificar los sentimientos de dolor y de injusticia experimentados por las víctimas o sus familiares, también propician la solidaridad y movilización social, procesos que empoderan para reclamar que sus historias queden recogidas en el imaginario social. El capítulo 9 de este manual da cuenta de los sentimientos de los miembros de la comunidad Aurora 8 de octubre en Alta Verapaz, Guatemala. En las conmemoraciones asociadas a exhumaciones en esta comunidad indígena, los familiares de las víctimas reportaron más miedo, tristeza y duelo intenso que aquellos que no participaron en rituales funerarios pero, igualmente, revelaron sentimientos profundos de pertenencia y unión con la comunidad. Sin estos sentimientos de pertenencia y unión, las narraciones de las víctimas quedarían relegadas a relatos conmovedores pero que, en definitiva, no pasarían de ser relatos individuales, tragedias personales. La

solidaridad y la movilización que se derivan permiten la acción colectiva que, al conseguir recursos psicológicos, sociales y físicos, visibiliza el entramado político en el que se encuentran no tanto ya las personas individuales cuanto los grupos y comunidades a las que éstas pertenecen. La acción colectiva contribuiría, así, a la obtención de bienes colectivos necesarios en la reparación del tejido social: igualdad de derechos, procuración de justicia, formulación de políticas que garanticen una paz duradera, garantías jurídicas y debido proceso, reparación, reconciliación.

En cuarto lugar, las conmemoraciones colectivas dignifican la vida de las víctimas que no lograron sobrevivir el impacto de la violencia institucionalizada. Quedan dignificadas en la memoria de todos los sobrevivientes (aquellos que guardaron una relación familiar o de amistad y los que no los conocieron), y sobre todo quedan dignificados en el imaginario social al quedar colocadas correctamente en la historia colectiva.

En resumen, la acción de hacer memoria desde la óptica de las víctimas es un contrapeso indispensable para la reconstrucción del tejido social y la reconciliación después de un conflicto armado. La reconstrucción del pasado que incorpore las narrativas de las víctimas radicaliza el futuro ya que éste no puede concebirse como más de lo mismo —que es lo que garantiza la impunidad—. En ese contexto y con esa finalidad se presenta la siguiente intervención psicosocial.

3. TRANSFORMAR EL PASADO: LAS LLAVES DE LA MEMORIA

3.1. Premisas

La intervención que se propone a continuación está fundamentada en el concepto de trauma psicosocial que acuñó Martín-Baró (1990, 2003) al hacer un análisis de las consecuencias de la guerra en El Salvador. Central a este concepto es la noción de que las consecuencias del trauma son eminentemente sociales ya que ha quedado afectado el tejido social mismo donde las personas encuentran sus sentidos cotidianos y proyectos de vida. Por lo tanto, la meta de la intervención sería la de reparar el tejido social rasgado por la barbarie que se instaló en la vida cotidiana de la población civil (Ackermann *et al.*, 2005; Martín Beristain, 1999a, 1999b). Este tejido social no es el del pasado sino, principalmente, el presente en el cual habita la comunidad violentada desde las estructuras de poder. En el caso de violencia política, ésta se ha desarrollado en escenarios donde grupos o poblaciones enteras han sido sometidas a actos de violencia extrema como masacres u operativos militares donde murieron o desaparecieron muchas personas, tortura, destrucción de sus viviendas y formas de vida, desplazamiento forzado de población civil, operaciones de aniquilamiento y otras de control físico y psicológico de la población (del Valle Cobar, 2004; Paz, 2004).

El concepto de trauma psicosocial, tan importante para entender la intencionalidad y las características de la intervención que aborda este tipo de violencia, tiene tres características importantes. La primera es la naturaleza dialéctica del trauma ya que éste aparece en las relaciones interpersonales e intergrupales donde quedan visibilizados dos intereses contrapuestos. La persona, ciertamente, ha sufrido las consecuencias individualmente, pero esa individualidad está inmersa en una serie de identificaciones y sentidos de vida colectiva que hacen que aquella se experimente socialmente. En segundo lugar está el hecho de que para que la intervención pueda atender a una realidad vivida y sentida por las víctimas de la violencia política, ésta tiene que ir dirigida a la reparación del tejido social ya que el trauma ha sido social: sus causas son sociales y su vivencia es de manera importante social. Esta segunda característica es definitoria y central para la intervención que aquí se propone. La tercera es que de no atenderse socialmente, el trauma psicosocial tenderá a reproducirse y matizar algunas relaciones importantes de los colectivos y personas dentro de la comunidad. En general, el fortalecimiento de la organización social de las comunidades y la toma de conciencia política favorece

la reconciliación en el período de la posguerra (Ackermann *et al.*, 2005; Lira, 2004; Martín Beristain, 2000; Pérez Sales, 1997).

Cabe, al mismo tiempo, hacer dos observaciones sobre el modelo que aquí se presenta. La primera es que el modelo tiene características recursivas, aunque en el diagrama que lo resume pareciera que obedeciera a una secuencia lineal. En esta intervención con frecuencia habrá que retornar a etapas anteriores para que, en vista a los procesos iniciales, los subsiguientes se puedan ir amoldando y adaptando a la experiencia vivencial de los y las participantes. Las acciones a desplegar y los recursos requeridos, por lo tanto, tendrán que irse modificando a lo largo de la intervención, siempre teniendo en cuenta el objetivo general y principal de la intervención. Esta característica hace honor a la complejidad del fenómeno que se está atendiendo y al que, Nirenberg, Brawerman y Ruiz (2006, p. 42) identifica como un proceso «con marchas y contramarchas y retroalimentaciones frecuentes, donde la reflexión, la sistematización y la evaluación brindan elementos importantes para la reprogramación en los distintos momentos (del diagnóstico de la población y recursos, del planteamiento de objetivos, de la formulación de actividades, etc.)». Esta característica fenomenológica va íntimamente unida a la manera como actúa la memoria a la cual se accede no de manera directa, lineal y transparente sino con frecuencia de manera indirecta, recursiva, reconstructiva e inhibitoria.

La segunda observación va íntimamente ligada a la primera y se refiere a la necesidad de evaluar el proceso y no sólo los resultados y, por lo tanto, hace referencia a una evaluación interna de la marcha de la intervención a lo largo del período de su ejecución. Para ello se hace necesario contar con una línea de base que provea información respecto al clima comunitario y grupal que se pretende llevar a niveles consistentes con una salud mental holística e integrada. Por otro lado, no conviene olvidar que entre la formulación contextualizada de la intervención y el momento en que ésta se inicia puede transcurrir algún tiempo en el que pueden desarrollarse eventos importantes íntimamente ligados con los procesos contemplados en la intervención. Esto necesariamente obliga a un mejor afinamiento del proceso de intervención que lleva a revisar la ejecución de distintas actividades, incluyendo la metodología del trabajo o formas en que se están desarrollando las acciones. Además, como observa Martín Beristain (2005), la evaluación de los procesos precisa tener siempre a la vista la finalidad última de la intervención que se centra en la reparación del tejido social, y el inicio de cambios sociales donde la participación social pueda contribuir a sentar las bases para una convivencia social basada en la verdad, la justicia y la reconciliación.

3.2. Los pasos para el diseño de la intervención

Esta intervención psicosocial post-guerra tiene como objetivo abordar la memoria dolorida de comunidades afectadas por la guerra. Algunas de estas comunidades han experimentado frecuentemente el desplazamiento interno durante el conflicto bélico por períodos que pueden variar desde pocos días (como en el caso de población civil desplazada en el país a raíz de operaciones militares o insurgentes puntuales), varias semanas o meses (como en el caso de países donde el conflicto se instala de manera semi-permanente en los lugares de origen de la población civil), o varios años (donde por intermedio de organismos internacionales se han instalado campos de refugiados para acoger a los desplazados típicamente en países vecinos ya que los lugares de origen han quedado destruidos o están en zonas de enfrentamiento bélico). En la mayoría de esos casos, hay pérdidas de vidas que se experimentan colectivamente, ya sea porque el desplazamiento ha sido colectivo, o porque los operativos militares señalaban esos colectivos como objetivos de represión. La vida en campos de refugiados también es profundamente colectiva. Con frecuencia las circunstancias de las desapariciones o muertes de personas permanecen sin conocerse por bastante tiempo y la pérdida queda relegada a una memoria colectiva que, como ha quedado apuntado anteriormente, es calificada de sospechosa o atentatoria al orden post-conflicto. Con igual frecuencia, los sobrevivientes regresan a su país o lugares de origen como repobladores y ahí intentan reconstruir sus vidas personales, familiares y colectivas.

Atendiendo a estos supuestos y siguiendo el guión del Capítulo 2 (*véase* epígrafe 2.2.3), los objetivos que persigue esta propuesta de intervención se cifran en los siguientes:

Objetivo global:

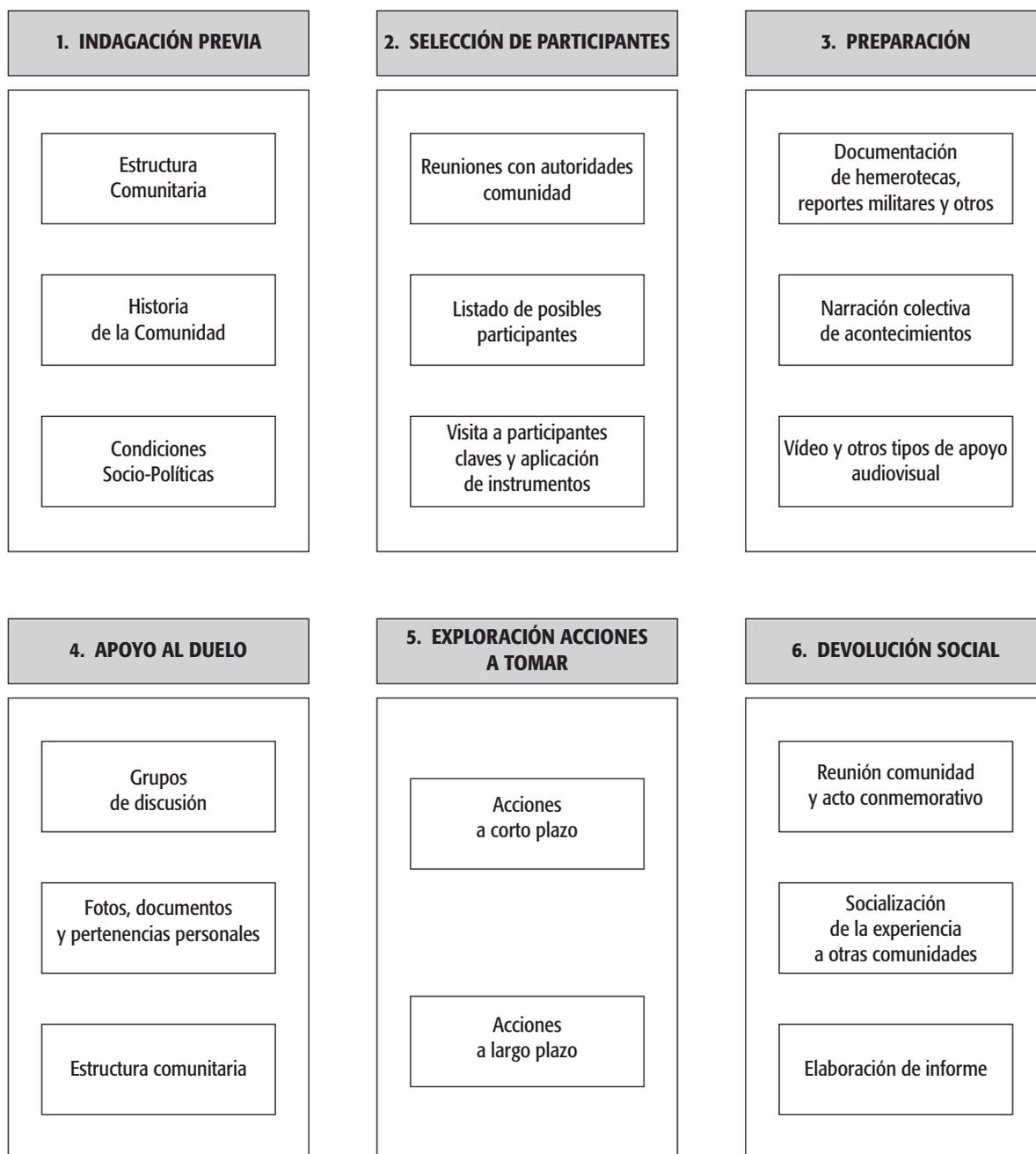
- Reconstruir el tejido social rasgado después de un conflicto bélico atendiendo la memoria dolorida de comunidades afectadas por la guerra.

Objetivos específicos:

- Acompañar a comunidades en la recuperación de la memoria de pérdidas de familiares o amigos acaecidos durante el conflicto armado ya clausurado.
- Asistir a las comunidades en la elaboración del duelo a fin de fomentar el bienestar social y colectivo.
- Empoderar a las comunidades para que narren su historia colectiva y fortalezcan su sentido de identidad social.
- Potenciar la organización comunitaria y los lazos de solidaridad con otras comunidades.
- Construir un monumento que visibilice los nombres de los caídos.
- Dignificar la vida de los sobrevivientes de la guerra y de los muertos o desaparecidos.

La intervención psicosocial en violencia política que aquí proponemos consta de 6 procesos o etapas en las que quedan recogidas las distintas fases identificadas en el Capítulo 2. Sin menoscabo de adicionar o dividir algunos procesos en componentes más pequeños con actuaciones focalizadas, los seis procesos que hemos identificado son los siguientes:

1. La indagación previa, donde se investiga sobre las condiciones en distintas comunidades que permitan grados aceptables de participación y adhesión a la intervención de la población beneficiaria.
2. La selección de la comunidad y de los participantes interesados en abordar personal y comunitariamente la temática de la memoria dolorida que milita en contra de la salud mental social y personal.
3. La preparación de actividades que conlleva principalmente el conocer desde distintas fuentes los eventos traumáticos documentados y conocidos por terceras personas, es decir la historia oficial y el cotejo de ésta desde las experiencias de las víctimas y comunidades afectadas.
4. El apoyo al duelo alterado con el que han tenido que convivir las comunidades y que es parte integral de la memoria dolorida.
5. La exploración de distintas acciones a tomar para recuperar la memoria histórica a fin de colocarla como parte del imaginario social. La dignificación de los muertos, desaparecidos y sobrevivientes mediante la construcción de un monumento a la memoria conteniendo los nombres de los caídos o desaparecidos en la guerra, diario mural, vídeo y otro producto tangible que visibilice la historia colectiva de sufrimiento y el reclamo de justicia.
6. La devolución social del proceso por medio de la cual toda la comunidad participa y comenta sobre la intervención y los efectos benéficos que ha experimentado o espera experimentar, incluyendo la consideración de actos solidarios con otras comunidades con características similares. La Figura 7.1 describe esquemáticamente la intervención. Es de notar que los procesos están concatenados temporalmente pero que, como se ha señalado anteriormente, existe cierta recursividad inherente a la dinámica de la intervención.

FIGURA 7.1. LAS LLAVES DE LA MEMORIA: MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN VIOLENCIA POLÍTICA

CUADRO 7.1. VIOLENCIA POLÍTICA: PROCESOS Y FASES DE INTERVENCIÓN

Procesos	Fase de la Intervención
1. Indagación Previa	1. Identificación de los problemas o necesidades
2. Selección de participantes	2. Evaluación del problema o necesidad 3. Selección de participantes
3. Preparación	4. Procesamiento de la Información
4. Apoyo al duelo	5. Determinación del programa
5. Exploración de acciones a tomar	6. Cómo se hará la intervención
6. Devolución social	7. Evaluación 8. Seguimiento 9. Preparación del informe

El Cuadro 7.1 de este capítulo identifica esos procesos y los relaciona con las etapas propuestas en el segundo capítulo. Tres aspectos emergen con claridad al hacer la comparación establecida en este cuadro. Los procesos del modelo de intervención psicosocial en violencia política pueden convergir en más de una fase de las nueve que se identifican en el Capítulo 2. Dicho de otra manera, no hay una correspondencia secuencial uno a uno entre la intervención concreta que se propone y las fases indispensables del programa de intervención. La razón fundamental de esta flexibilidad reside en la complejidad del fenómeno de la memoria dolorida que requiere de «marchas y contramarchas» pues el duelo alterado que se atiende así lo demanda. Por otro lado, las tareas pendientes del duelo alterado reclaman un entorno seguro para su abordaje, y éste se va construyendo paulatinamente a medida que las personas entran en confianza con las demás personas de su grupo o comunidad (Fernández Liria, Rodríguez Vega y Diéguez Porres, 2006; Yáñez, 2002). Con frecuencia el ambiente de confianza y seguridad tiene adelantos y retrocesos.

La segunda es que, dada las características de la intervención en violencia política, la selección de participantes tiene que venir temprano en la programación pues son ellos y ellas las que proveerán la información básica sobre la que se elabora el duelo y esto guiará el desarrollo de actividades. En otras palabras, el carácter participativo requiere la selección de los participantes muy temprano en la intervención. El concepto de participación que aquí se maneja va más allá del tradicional en el cual las personas se involucran voluntariamente o son animadas a colaborar. Implica sobre todo que éstas son activas en la formulación misma del proyecto, en sus actividades y en la toma de decisiones a lo largo de toda la intervención (Nirenberg, Brawerman y Ruiz, 2006).

Finalmente, la devolución social que cualquier proyecto de intervención o de investigación-acción debe considerar importante no se circunscribe a la elaboración de un informe final. Si bien este informe es importante por razones de dejar establecida una memoria para que provea una base sistemática para su replicabilidad y para dar cuenta de las actividades en el caso de que el proyecto haya obtenido financiación de algún donante, lo importante es que el informe sirva para monitorear el impacto de la intervención a mediano y largo plazo.

3.2.1. La Indagación Previa

Objetivo General:

- Identificar la comunidad que participará en la intervención psicosocial.

Objetivos Específicos:

- Levantar el perfil comunitario donde se hará la intervención.
- Detectar el nivel de interés de los habitantes de la comunidad para una participación activa y sostenida.
- Generar la dinámica inicial y compromisos locales que permitan la intervención basada en las necesidades sentidas de la población.

Este proceso implica la visita a comunidades donde residen personas que sobrevivieron un conflicto armado. Para implementar este proceso será necesario conocer y documentar la historia reciente de la comunidad y las experiencias de sus habitantes en desplazamientos forzados, actos de barbarie perpetrados contra la población civil, exilio o vivencia en campos de refugiados, etc. Esta documentación quedará recogida en una ficha de comunidad que contenga al menos la siguiente información: nombre de la comunidad, número de familias, ubicación geográfica, procedencia de los habitantes antes del conflicto armado, tipos de experiencias traumáticas vividas durante el conflicto armado, condición socio-económica actual de la comunidad, fuentes de trabajo y forma de subsistencia de los habitantes, forma e historia de la organización comunitaria, presencia o trabajo de ONGs en la comunidad, clima socio-político actual de la comunidad y capacidad organizativa para encontrar soluciones a problemas que le son propios. Se pueden visitar dos o tres comunidades con la finalidad de identificar una en la que la intervención tenga alta probabilidad de adhesión y participación de los habitantes. Las actividades diagnósticas de la indagación previa permitirán fundamentar mejor y diseñar más certeramente las actividades y, además, ayudará a determinar el perfil del recurso humano que necesitará el proyecto de intervención.

Entre los criterios que son útiles para determinar esa probabilidad de éxito está el apoyo que se pueda lograr de la junta directiva de la comunidad, la existencia de experiencias traumáticas que se vivieron de manera conjunta, el deseo manifiesto de los habitantes de participar en actividades conducentes a recuperar la memoria histórica, un alto índice de participación política y un bajo índice de conflictividad actual entre los habitantes de la comunidad. Todo lo anterior está recogido en el primer modelo representado en la Figura 7.1 y aparecen en los recuadros titulados «Estructura Comunitaria», «Historia de la Comunidad» y «Condiciones Socio-Políticas».

3.2.2. Selección de Participantes

Objetivo General:

- Identificar un grupo amplio de pobladores que sufrió pérdida de familiares y amigos durante el conflicto bélico.

Objetivos Específicos:

- Explicar a los potenciales participantes la duración de la intervención y los objetivos que ésta persigue.
- Aplicar una entrevista semi-estructurada elaborada para detectar el nivel del trauma psicosocial y otros instrumentos que midan el bienestar social.
- Generar un compromiso de participación basado en la interacción cara-a-cara.

El carácter participativo de la intervención hace que la selección de participantes sea crucial para varios aspectos de la intervención. En primer lugar, los participantes irán moldeando y determinando las distintas actividades en cada uno de los procesos de la intervención. En segundo lugar, serán ellos los que determinen la acción comunitaria más idónea para hacer memoria de los caídos o desaparecidos. Estas acciones pueden tomar la forma de un pequeño monumento con los nombres de sus familiares y amigos, un mural, el establecimiento de una fecha conmemorativa celebrada en y por toda la comunidad u otra forma de recuerdo que dignifique la vida de los ausentes y de los sobrevivientes. En tercer lugar, son ellos los que se adentrarán en esa memoria dolorida para desde esa mirada interior y colectiva encontrarle sentido a la pérdida y orientación a sus vidas. La cuidadosa selección de los participantes sienta la base para la sustentabilidad del proyecto en la medida en que éste tenga arraigo y logre articularse en el imaginario social de la comunidad. En la selección de participantes será necesario visitar a familias de la comunidad para hacer conocer el proyecto y en esa ocasión se puede aplicar una entrevista semi-estructurada que esté dirigida a identificar el perfil de los participantes. Si se estima conveniente, en una segunda visita se puede aplicar algún instrumento para medir el nivel de bienestar social de los habitantes de la comunidad. Uno de esos instrumentos puede ser el de bienestar social validado por Blanco y Díaz (2005). Estos mismos instrumentos se volverán a aplicar al concluir la intervención para poder documentar el impacto de la misma.

La selección de los actores locales tiene, además, relación directa con la viabilidad política, social y de finalización del proyecto. Para que el proyecto sea políticamente viable tiene que generar un apoyo amplio de distintos actores de la comunidad. Sin ese apoyo la probabilidad de éxito se vería menguada sustancialmente. Como acota Nirenberg, Brawerman y Ruiz (2006, p. 44) «si las autoridades locales, los profesionales y técnicos del lugar y los propios actores comunitarios a quienes se dirigirán las acciones están convencidos, se adhieren a ellas y las reclaman, la viabilidad política de la propuesta será alta». La viabilidad social tiene relación con el grado de consonancia entre las actividades del programa de intervención y sus formas con las costumbres, creencias y actitudes de la población. En la medida que las actividades de intervención no estén en conflicto con las costumbres de la comunidad —o dicho de manera positiva, en la medida que exista congruencia entre la cultura local y las actividades de la intervención— en esa medida aumenta la probabilidad de éxito de la intervención. Los participantes se puede seleccionar utilizando el muestreo de bola de nieve sugerido en el Capítulo 2.

Por otro lado, en el proceso de selección de participantes se puede detectar o anticipar cualquier conflicto entre algunos habitantes de la comunidad que pudiese disminuir la efectividad de la intervención. No hay que olvidar que en algunos eventos de violencia política o violencia organizada los habitantes de una comunidad pudieron haber estado en lados distintos en el conflicto o haber tenido problemas asociados a su supervivencia. Además, la viabilidad social se asegura involucrando a los participantes en la toma de decisiones en todas las etapas posibles. La viabilidad de finalización se refiere a la capacidad de afrontamiento sobre la violencia que quede instalada en la comunidad cuando termina el período de la intervención. Como la intervención, obviamente, tendrá su período de finalización, la mejor garantía de que los efectos de la misma se extiendan en el tiempo es involucrar a los participantes en la toma de decisiones más importantes. En la medida que los participantes consideren que el proyecto es de ellos y atiende a necesidades sentidas de la comunidad, podrán apropiarse del producto social generado y actuar como reproductores del mismo. Todo lo anterior reclama una atención especial en la selección de los participantes.

3.2.3. Preparación

Objetivo General:

- Obtener el material y narrativa del evento o eventos traumático objeto de reflexión y redefinición social.

Objetivos Específicos:

- Adquirir documentación de periódicos, revistas y si es posible reportes militares que den cuenta de los eventos o sucesos vividos por los participantes y la comunidad.
- Proveer un espacio colectivo para que los participantes narren su historia y compartan sus experiencias de pérdida.
- Corregir la historia oficial desde la vivencia de las víctimas.

Como se ha señalado en la primera parte de este capítulo, los acontecimientos donde las comunidades experimentaron grandes pérdidas fueron con frecuencia eventos públicos que han quedado encubiertos por el discurso oficial que ignora y deslegitima la vivencia de las víctimas. No es raro que las comunidades afectadas desconozcan cómo fue articulada la versión oficial de los hechos, lo que contrasta dramáticamente con los hechos tal como los vivieron y los experimentaron o que, contrariamente, alberguen todavía sentimientos encontrados porque saben que los hechos se desarrollaron de manera distinta. La información que puede servir de base para esta corrección desde la experiencia de las comunidades se encuentra con frecuencia disponible en las bibliotecas generales, públicas o hemerotecas del país, incluyendo las de las universidades, ONGs u organismos dedicados a la protección de los Derechos Humanos. El entorno social donde se dio la o las experiencias traumáticas puede también ser recreado por el equipo responsable de la intervención consultando las notas periodísticas de la prensa extranjera o vídeos de telediarios nacionales u otros documentales.

Reunidos en un salón comunitario, en la escuela o iglesia local, los pobladores podrán comentar sobre los recortes de periódicos desplegados en la forma de un diario mural u otro medio audiovisual que les dan una versión que puede distar de los que la comunidad sabe y conoce. Para la preparación de esta reunión se elaborará un guión abierto de discusión que busque abordar distintos aspectos del evento traumático y sus consecuencias. Por ejemplo, si se está recordando una masacre perpetrada por el ejército se preguntará si lo que reportaron los periódicos es correcto, quiénes fueron los perpetradores y las víctimas, qué aconteció antes y después de la masacre, qué hizo cada quien, cómo quedó afectada la comunidad y cómo se vio afectada la vida de los participantes, qué sucedió con los familiares o amigos que ya nunca volvieron a ver, etc. Habrá necesidad de brindarle oportunidad a la mayoría de las personas participantes a que comenten y corrijan la historia oficial sin olvidar que, inevitablemente, habrá una o dos personas que tenderán a monopolizar el tiempo.

Puede ayudar a generar discusión y la misma narración por parte de los miembros de la comunidad de los acontecimientos de barbarie que tuvieron que sufrir, mostrar alguna película que trate sobre la guerra y sus impactos en las vidas de las personas. Es de notar que los contextos culturales y los eventos que se recogen en esas cintas cinematográficas muy probablemente sean distintos a los de la comunidad donde se hace la intervención. Sin embargo, precisamente esto puede servir de agente catalizador al guiar la discusión de la comunidad pues de manera dramática se escenifica en otras personas el impacto de la violencia política, lo cual puede crear un ambiente seguro para hablar sobre el impacto de la violencia, y permite señalar semejanzas y similitudes con la propia experiencia. A continuación hay un listado corto de películas que pueden servir para este propósito.

- *La Lengua de las Mariposas* (1999). Director: José Luis Cuerda (España). Un film que capta en la vida de un niño los efectos del inicio del fascismo y los efectos destructores y deshumanizantes del mismo en la sociedad española en la Guerra Civil.
- *Las Tortugas También Vuelan* (2004). Director: Bahman Ghobadi (Irán). Un largometraje que cuenta la transformación en una aldea del Kurdistán alrededor del inminente ataque de los Estados Unidos a Irak. Las consecuencias se ven a través de los ojos y las vidas de la niñez.
- *Hotel Rwanda* (2004). Director, Terry George (Irlanda del Norte). El drama de un gerente de un hotel que se encuentra atrapado en la dinámica del genocidio en Rwanda, la ineffectividad de las Naciones Unidas y la corrupción. Expone crudamente el terror y el odio en la vida cotidiana.

- *Voces Inocentes* (1999). Director: Luis Mandoki (México). Una cinta inspirada por los sucesos de la infancia del guionista salvadoreño Óscar Torres, que cuenta la historia de un niño atrapado entre la violencia del ejército y la guerrilla durante la guerra civil de El Salvador.
- *En Mi Tierra* (2005). Director: John Boorman (Reino Unido). Las vistas públicas de la Comisión para la Verdad y la Reconciliación en Sudáfrica son cubiertas por dos reporteros. Los desgarradores testimonios de las víctimas enfrente de los torturadores y ante la Comisión impacta la vida de toda la nación.

3.2.4. Apoyo al Duelo

Objetivo General:

- Generar un espacio de apoyo psicosocial para que la comunidad y sus habitantes puedan trabajar el duelo alterado ocasionado por los efectos de la violencia política.

Objetivos Específicos:

- Trabajar con la comunidad en un proceso de otorgamiento de significado a la experiencia traumática o de pérdida.
- Apoyar a la comunidad a dar sentido a los sentimientos generados por el conflicto bélico y violencia organizada.
- Acompañar a la comunidad en la reconstrucción de su mundo social y los presupuestos concomitantes de cómo éste funciona.

Como ha quedado apuntado anteriormente, en situaciones de conflicto bélico o violencia organizada, las personas y las comunidades experimentan grandes pérdidas, sobre todo en las muertes o desapariciones de seres queridos. Desaparecen los seres queridos y las relaciones, afectos y apoyos que éstos proveen o podrían proveer en el futuro. Permanece la añoranza y tristeza por aquello cuyo desenlace trágico no se puede revertir y que, con frecuencia, se ha tenido que callar u ocultar. En no pocas ocasiones, a esto se suma la pérdida del entorno social, del rol y estatus social, y el de una seguridad básica ya que la violencia ha puesto en entredicho los presupuestos que sustentaban una visión coherente del mundo. Estos sentimientos se vuelven a visitar cuando una comunidad aborda explícitamente el tema de las pérdidas, le ponen nombres e historia e inicia un proceso narrativo de sus experiencias traumáticas.

El grupo de participantes se puede dividir en grupos más pequeños de alrededor de 10 a 15 personas que acompañarán un psicólogo o psicóloga. Aquí existe la posibilidad de tener grupos afines según la experiencia traumática vivida. Por ejemplo, habrá personas que tienen certeza de la muerte de un ser querido; otras no. A unas les secuestraron o perdieron hijos pequeños, mientras otras experimentaron la pérdida de una persona adulta. El guión con el que puede trabajar para orientar la discusión del duelo y posibilitar que todos los que deseen decir algo lo puedan hacer, puede incluir preguntas que aborden los siguientes temas: la relación con la persona(s) antes de su muerte o desaparición, circunstancias de la desaparición o muerte, los sentimientos asociados al momento siguiente a la muerte o desaparición, los momentos más difíciles de superar relacionados con la pérdida, apoyos emocionales recibidos después, cambios en la familia tras la pérdida, costumbres de la comunidad que ayudaron a afrontar la pérdida, creencias que sustentaron o han ayudado a soportar el dolor interior, valoración de su salud en la actualidad, etc. (Anleu, 2005). Lo importante es que se aborden tanto las dificultades que se experimentaron, como la resistencia demostrada por las personas y la comunidad. Aun en las circunstancias más adversas las personas pueden demostrar fortalezas que, en la elaboración del duelo, conviene rescatar.

Para facilitar el duelo y la expresión de los sentimientos asociados a él ayudará tener en cuenta algunos principios que Fernández Liria, Rodríguez Vega y Diéguez Porres (2006) identifican con esa tarea: ayudar al superviviente a tomar conciencia de la muerte, apoyar al superviviente para que pueda identificar y expresar sentimientos, ayudar al superviviente a que sea capaz de resolver sus problemas cotidianos sin lo perdido, favorecer la recolocación emocional de lo perdido dándole un lugar en la memoria personal y colectiva, interpretar la conducta inusual en contextos extraordinarios como algo normal, permitir diferencias individuales en la elaboración del duelo. El equipo debe estar preparado para derivar a un especialista algún caso que, según su juicio, lo precise.

3.2.5. Exploración de Acciones a Tomar

Objetivo General:

- Concretar la acción material con la que la comunidad desea conmemorar su historia.

Objetivos Específicos:

- Identificar y valorar las distintas acciones con las que la comunidad desea visibilizar la experiencia traumática de sus habitantes durante el conflicto armado.
- Posibilitar una participación amplia de la comunidad en la acción comunitaria elegida
- Determinar los apoyos fuera de la comunidad necesarios para hacer viable y efectiva la acción elegida.

Este momento de la intervención identifica la parte concreta de cómo la comunidad desea visibilizar la vida y la historia de las personas muertas o desaparecidas y dignificar su memoria. Se deben explorar distintas opciones —algunas a corto plazo y otras a largo plazo— para materializar la recuperación de la memoria histórica y dignificar tanto la vida de los que murieron o desaparecieron como la de los sobrevivientes. Las opciones a considerar sólo están limitadas por la creatividad de la comunidad. Las siguientes consideraciones, entre otras, serán importantes para valorar las distintas opciones y pueden ayudar a la comunidad a elegir la mejor o más viable: participación del mayor número posible de personas de la comunidad, costo económico asumido por el colectivo, apoyos técnicos y logísticos obtenibles fuera de la comunidad, carácter didáctico de la acción, de tal manera que las generaciones jóvenes y futuras puedan conocer y conservar su patrimonio histórico, apoyo de la junta directiva de la comunidad, vinculación con otros eventos conmemorativos o lugares de significado para la comunidad, y capacidad de contribuir a la identidad social del colectivo. En esta actividad se puede involucrar a la mayoría de los habitantes, incluyendo a niños y jóvenes, que pueden asumir una tarea concreta en la elaboración del producto social fruto de la intervención. Al finalizar este proceso se pueden aplicar de nuevo los instrumentos que se utilizaron para la selección de los participantes.

Es altamente probable que se tenga que planificar la acción de tal manera que el producto final se divida en distintos componentes más sencillos de realizar para garantizar la meta propuesta. Los proyectos o acciones a corto plazo pueden servir como pasos previos o apoyos previos para acciones o proyectos a largo plazo. Por ejemplo, si lo que la comunidad desea es construir un pequeño monumento que contenga los nombres de las víctimas y éste se construiría en el patio o jardín de la iglesia o escuela de la comunidad (objetivo a largo plazo), puede planificarse un mural fotográfico en el interior de las instalaciones que contenga fotos de las víctimas, sus nombres y breve historia (objetivo a corto plazo). La inauguración del mural fotográfico puede ir acompañada con alguna celebración comunitaria que intente involucrar un número grande de los pobladores.

3.2.6. La Devolución Social

Objetivo General:

- Clausurar la intervención teniendo en cuenta el carácter eminentemente social de la misma.

Objetivos Específicos:

- Dar cuenta a toda la comunidad de lo que se ha hecho y reiterar las metas que se persiguieron en la intervención.
- Sentar las bases para que pueda compartir la experiencia de la comunidad con otras comunidades.
- Explicitar una valoración del impacto de la intervención verificando su alcance y amplitud.

Mínimamente este proceso conlleva la elaboración del informe con dos características: un informe escrito que quede como memoria para la comunidad y rendición de cuenta para aquellas instituciones que apoyaron de distinta manera la ejecución del proyecto, y una presentación oral mediante la cual se dará cuenta a la comunidad de las distintas actividades que comprendió la intervención, los logros obtenidos, agradecimiento a las personas que colaboraron, decisiones que se tomaron y actuaciones comunitarias consensuadas a las que se llegaron. Las razones fundamentales para documentar lo mejor posible el informe son dos. En primer lugar, el informe y su devolución es una forma de empoderar a la comunidad para que sobre su reflexión y su participación encuentre bases sólidas para fortalecer su identidad social. Ello le permitirá, en la medida que la participación haya sido amplia y participativa, identificar acciones futuras tendentes a la procuración de la justicia y el respeto a los Derechos Humanos. El informe puede servir como recordatorio o constituirse como marco referencial para futuras reuniones comunitarias que busquen consolidar su organización y actuación social. En segundo lugar, el informe puede servir de puente de comunicación con otras comunidades que deseen abordar una intervención similar. Dicho de otra manera, el informe es un instrumento solidario para que otras personas vean y juzguen los beneficios personales y colectivos que se derivan de una intervención tendente a disminuir el impacto de la violencia política. Todo lo anterior está recogido en los recuadros de la Figura 7.1 al interior de este sexto proceso: reunión con la comunidad y acto conmemorativo, socialización de la experiencia a otras comunidades y elaboración de informe.

4. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN

La Figura 7.2 identifica dos tipos de impacto de la intervención: unos que son a medio plazo y otros a largo plazo. A medio plazo está el *empoderamiento* de la comunidad que se fundamenta en la dignificación de los sentimientos asociados a las pérdidas y la recuperación de la memoria histórica. Lo anterior crea una plataforma de identidad social y colectiva que servirá de elemento corrector del discurso oficial y que, por lo tanto, permitirá desenmascarar el lenguaje encubridor de los victimarios y sus intenciones, desnaturalizar el imaginario social impuesto por ellos, y atender la dignidad arrebatada por el ejercicio del poder y la coacción. La primera consecuencia de este empoderamiento es el fortalecimiento de la estructura comunitaria ya que en el proceso de acercarse a su memoria dolorida la dirigencia de la comunidad habrá tenido que brindar apoyos efectivos y pertinentes a sus habitantes, dinamizar su actuación solidaria y acudir a su creatividad para encontrar aliados internos y externos que acompañen las distintas actividades planificadas en el transcurso de la intervención. Este empoderamiento colectivo también genera dinámicas similares al interior de las personas. Éstas se sentirán

más actores sobre sus propias vidas y tendrán claridad respecto a sus historias individuales, asumirán la reconstrucción de sus nuevas relaciones familiares sin el peso de la culpa y, en algunos casos, se sentirán capaces de iniciar acciones legales contra los victimarios por las pérdidas e injusticias sufridas. Todo lo anterior posibilitará el apoyo solidario que la comunidad pueda brindar a otras comunidades que tengan historia similar y que deseen abordarla desde su propia realidad.

Los efectos a medio plazo descritos anteriormente sientan las bases para otros efectos detectables más a largo plazo y que pueden resumirse en la promoción del cambio social. El recuadro de la derecha de la Figura 7.2 identifica cinco acciones donde se pueden detectar esos efectos a largo plazo: *a)* acciones contra la impunidad, tales como procedimientos judiciales en contra de responsables notorios de actos de violencia y barbarie, u otras acciones tendentes a desarticular el sistema de impunidad que permite a los verdugos de antes escapar a sus responsabilidades y seguir orquestando el silenciamiento de las víctimas; *b)* el reclamo al debido proceso que permita a las víctimas acceso a la justicia, y a su reparación moral, social y económica; *c)* el reconocimiento del Estado de su responsabilidad en la violencia política, tal como ha sucedido recientemente en Argentina, Chile y Perú; *d)* la reparación del tejido social que permita la convivencia pacífica, la reconciliación y el respeto mutuo y la superación de la sociedad dividida en víctimas y perpetradores, y *e)* la vinculación con algunas instituciones de Derechos Humanos locales e internacionales que pueden ayudar a proveer recursos jurídicos, materiales e informativos necesarios para promover y sostener ese cambio social. Como señala González Bringas, (2006), los impactos a largo plazo que generen dinámicas de cambio social posibilitarán nuevas bases para la convivencia basada en el reconocimiento de los hechos, el apoyo a las víctimas afectadas por las atrocidades y la propuesta de cambios políticos sustanciales.

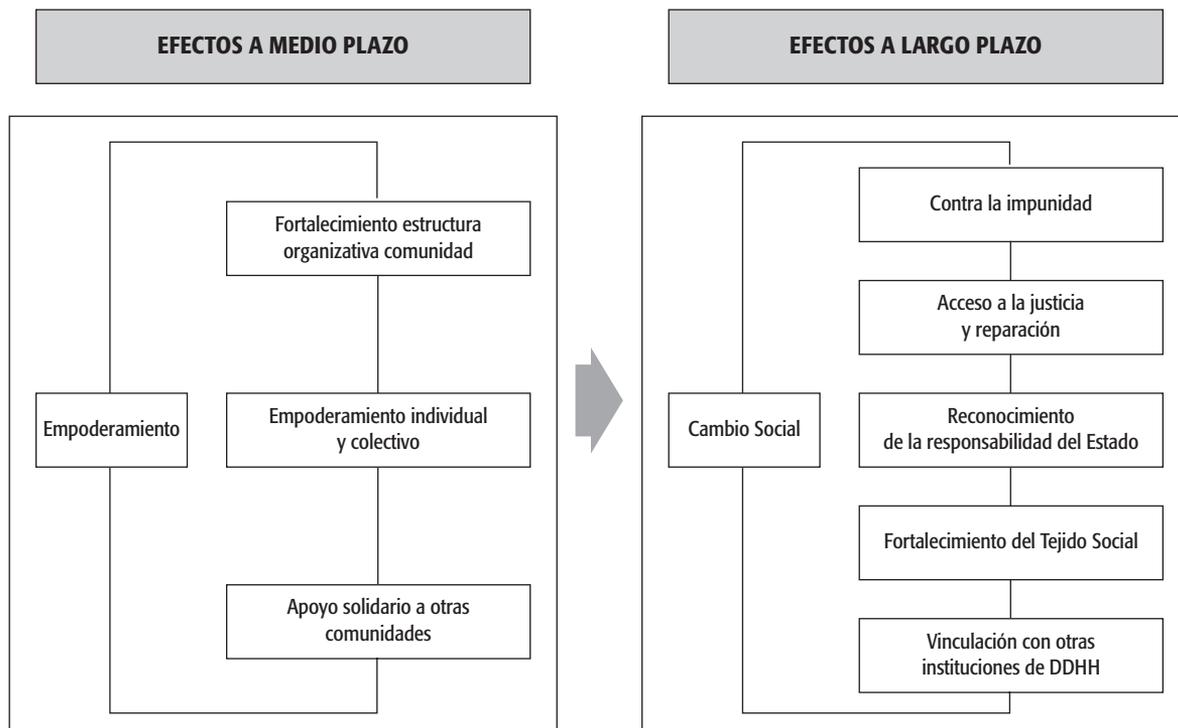
El Capítulo 9 por ejemplo, cuenta que una de las acciones del equipo de salud mental en la comunidad Aurora 8 de octubre consistió precisamente en el acompañamiento de procesos judiciales subsiguientes a la masacre. De igual manera este equipo ayudó a entablar relaciones directas entre la comunidad, organizaciones populares e instituciones de derechos humanos. Entre las acciones que la comunidad tomó para hacerle frente a su criminalización destacan los lazos con otras comunidades vecinas y denuncias públicas en los medios de comunicación.

5. CONCLUSIONES

El presente capítulo diseña una intervención psicosocial para cambiar algunas consecuencias negativas comunitarias y sociales de la violencia política organizada. Como tal, intenta dar pasos concretos para iniciar procesos después de un conflicto armado tendentes a la reparación del tejido social rasgado por la violencia y al fortalecimiento de las comunidades afectadas. La intervención descansa sobre dos pilares importantes que le conceden su idiosincrasia: la noción de trauma psicosocial, y la necesidad de la recuperación de la memoria histórica. Respecto al primero, conviene resaltar que la intervención no está dirigida a personas individuales sino a las comunidades en la que éstas viven y, por lo tanto, el impacto de la intervención debe valorarse en el ámbito colectivo o social. En cuanto al segundo pilar, la memoria histórica, es importante subrayar que la intervención intenta colocar en el imaginario social la historia de las víctimas en contraposición al discurso oficial que busca naturalizar la violencia, invisibilizar a las víctimas robándoles su dignidad e imponer el olvido. La memoria tiene, así, un fuerte componente constitutivo de identidad social.

Para la buena ejecución de esta intervención ayuda tener en mente varias consideraciones prácticas. El trabajo en equipo no sólo es un requerimiento de los grupos beneficiados por la intervención, sino que lo es de aquellos que dirigen la intervención. De esta manera se puede estar atento a los cambios que será necesario introducir a la primera planificación de actividades y atender mejor los procesos comunitarios que se desencadenan como consecuencia de la intervención. Asimismo, será importante dar seguimiento a las acciones tomadas

FIGURA 7.2. EFECTOS A MEDIO Y LARGO PLAZO DE LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN VIOLENCIA POLÍTICA



por la comunidad a efectos de poder detectar mejor los impactos a medio y largo plazo. Algunas acciones que transparenten esos efectos requerirán de apoyos puntuales para su ejecución. Por ejemplo, posibilitar el apoyo solidario a otras comunidades con la finalidad de reproducir la intervención demandará un diagnóstico de la segunda comunidad. De igual manera, el carácter participativo de la intervención demandará que los potenciales beneficiarios de la acción sean los que vayan tomando, de manera real y efectiva, decisiones importantes en las distintas etapas. Esto puede ser costoso para el equipo que dirige la intervención porque le dará la impresión que pierde el control del proyecto. Sin embargo, hay que tener presente que el empoderamiento de las comunidades es una meta importante de la intervención y que el equipo llanamente acompaña ese proceso. La comunidad debe poder decidir desde la priorización de actividades, la realización de las acciones, la asignación de importantes recursos comunitarios y la sistematización de la experiencia. Conviene tener en mente, asimismo, que la intervención propuesta no conlleva acciones que se inician y terminan en dos o tres meses. Se propone que el tiempo sea entre 10 a 12 meses, dependiendo del número de veces en el mes en que se pueda reunir la comunidad.

Por otro lado, es inherente a la evaluación de la intervención el diseño de la línea de base que servirá de criterio para valorar la transformación planificada. La construcción de esta línea de base tiene dos momentos: el diseño propiamente dicho y el relevamiento y análisis de la información (Nirenberg, Brawerman y Ruiz, 2006). En el primer momento se definen los aspectos conceptuales, se determinan las técnicas e instrumentos para la recolección de la información, se definen las principales variables y sus indicadores, lo mismo que los niveles de análisis que se incluirán (véase Capítulo 2). El segundo momento identifica la necesidad del entrenamiento

del recurso humano para la aplicación de las técnicas e instrumentos, y para la recolección de los datos y sus respectivos análisis. Como en los proyectos de investigación-acción, será conveniente realizar una prueba piloto de los instrumentos para hacer los ajustes necesarios en los mismos.

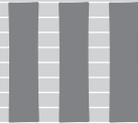
También es importante señalar que acompañar a comunidades en la recuperación de su memoria histórica inevitablemente generará sentimientos intensos, y hasta confusos, en el equipo que acompaña la intervención. Así como en el tema de catástrofes hay que brindarle atención al cuidado de los cuidadores, en el caso de esta intervención en violencia política será necesario establecer mecanismos para abordar el impacto emocional en el equipo. Es sensato esperar que la escucha activa de relatos traumáticos conmuevan y que éstos produzca efectos al interior del equipo que hay que atender. En este sentido, sesiones periódicas en las que se aborde los sentimientos propios y los cuestionamientos producidos por la narrativa de las víctimas pueden ser de mucha utilidad.

Por último, no está de más comentar que la validación del sufrimiento por parte de la comunidad, la elaboración de la memoria dolorida, la objetivación de esta memoria y las acciones solidarias que se derivan de ella, aunque esenciales, no son suficientes para reconstruir el tejido social rasgado por la mentira y la impunidad. Es un primer paso indispensable que requiere continuidad. A este proceso inicial tiene que acompañar una validación social de parte de los perpetradores para que las víctimas experimenten ese nuevo estadio donde la relación no esté determinada desde el poder y construida desde el encubrimiento. El reconocimiento público de los perpetradores, incluyendo el Estado, es el otro paso en ese andar que se llama reconciliación. Conviene señalar, sin embargo, que esto puede generar algunas resistencias de parte de no pocas personas que en la actualidad gozan de la impunidad que les confiere el olvido forzado. Sin embargo, el movimiento generado por ese primer paso puede abrir puertas para que se dé el segundo y, así, avanzar en la reconciliación post-conflicto social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackermann, S., Domínguez, M., Soto, N., Kjaerulf, F., Berliner, P. y Mikkelsen, E. N. (2005). Psycho-social support to large numbers of traumatized people in post-conflict societies: An approach to community development in Guatemala. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 15, 136-152.
- Anleu, C. M. (2005). *Resiliencia: la fuerza de la vida. Un estudio sobre familiares de niñez desaparecida por el conflicto armado interno en Guatemala*. Guatemala: ECAP.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17, 582-589.
- del Valle Cóbar, D. R. (2004). *Violencia política y poder comunitario en Rabinal, Baja Verapaz*. Guatemala: ECAP.
- Fernández Liria, A., Rodríguez Vega, B. y Diéguez Porres, M. (2006). Intervenciones sobre duelo. En P. Pérez Sales (ed.), *Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora* (pp. 447-496) Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gaborit, M. (2002). Memoria histórica: Relato desde las víctimas. *Estudios Centroamericanos (ECA)*, 649-650, pp. 1021-1032.
- González Bringas, A. (2006). Abuelas-madres de Plaza de Mayo: la construcción social de la memoria. En F. Gómez Isa (dir.), *El derecho a la memoria* (pp. 581-615). Bilbao: Diputación Foral de Guipúzcoa.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Lira, E. (2004). Dilemas de la reconciliación política. En L. de la Corte, A. Blanco y J. M. Sabucedo (eds.), *Psicología y derechos humanos* (pp. 297-322). Barcelona: Icaria.
- Martín Beristain, C. (1999a). *Reconstruir el tejido social*. Barcelona: Icaria.
- Martín Beristain, C. (1999b). Afirmación y resistencia. La comunidad como apoyo. En P. Pérez Sales (coord.), *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política* (pp. 95-112). Madrid: Exlibris.
- Martín Beristain, C. (2000). *Al lado de la gente. Acompañamiento a comunidades en medio del conflicto armado*. Santa Fe de Bogotá: CINEP.
- Martín Beristain, C. (2005). Reconciliación y democratización en América Latina: un análisis regional. Papel de las políticas de Verdad, Justicia y Reparación. En F. Pachecho Oreamuno, L. Acevedo Varea y G. Balli (eds.), *Verdad, justicia y reparación* (pp. 53-84). San José, C.R.: IEA/IIDH.
- Martín-Baró, I. (1990). La violencia política y la guerra como causas del trauma psicosocial en El Salvador. En I. Martín-Baró (Ed.), *Psicología social de la guerra: Trauma y terapia* (pp. 65-84). San Salvador: UCA Editores.
- Martín-Baró, I. (2003). Consecuencias psicológicas de la represión y el terrorismo. En I. Martín-Baró, *Poder ideología y violencia* (pp.259-287). Madrid: Trotta.
- Nirenberg, O., Brawerman, J. y Ruiz, V. (2006). *Programación y evaluación de proyectos sociales. Aportes para la racionalidad y la transparencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Paz, O. A. (2004). *La tortura. Efectos y afrontamiento. Estudio Psicosocial*. Guatemala: ECAP.
- Pérez Sales, P. (1997). *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*. Madrid: Exlibris.
- Rosa Rivero, A., Bellelli, G. y Backhurst, D. (eds.), (2000). *Memoria colectiva e identidad nacional*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Yáñez, S. (2002). Apoyo psicosocial en tiempo de oscuridad: una experiencia compartida en El Salvador. *Estudios Centroamericanos (ECA)*, No. 649-650, pp. 1103-1120.

PARTE



El proceso de implementar programas de intervención psicosocial

- Capítulo 8. La implementación de programas de intervención
Isabel Herrera, José M.^a León y Silvia Medina.
- Capítulo 9. Esa tarde perdimos el sentido. La masacre de Xamán.
Experiencias de acompañamiento y trabajo en salud mental
Carlos Martín Beristain y María Luisa Cabrera.
- Capítulo 10. Implementación de un programa para demorar el inicio de la actividad sexual en adolescentes
Bárbara V. Marín, Karin Coyle, Cherri Gardner y Jennifer Cummings.
- Capítulo 11. El apoyo social a domicilio: la prevención del riesgo social en familias mediante visitas al hogar
Enrique Gracia.
- Capítulo 12. Una intervención comunitaria para incrementar las donaciones de sangre en un campus universitario
Fernando Chacón.
- Capítulo 13. Implementación de un programa de prevención de drogas
José Antonio García del Castillo, Carmen López, Jesús Rodríguez Marín, Isabel Cañadas y José J. Mira.
- Capítulo 14. Las catástrofes tienen rostro humano. Apoyo psicosocial en tiempos de vulnerabilidad
Sol Yáñez.

CAPÍTULO 8

La implementación de programas de intervención

Isabel Herrera, José M.^a León
y Silvia Medina

El constructor de la casa piensa, primeramente, en su abrigo que es el techo; seguidamente, en que éste sólo puede existir si hay paredes y, a continuación, que éstas han de cimentarse sobre una base. Consecuentemente comenzará por levantar la base, después las paredes y, finalmente el techo, hasta obtener así la construcción de la casa que es producto de la creación artesanal. De aquí viene la frase de que el pensamiento es el fin del trabajo y el comienzo de éste, el pensamiento final.

Averroes



COMPENDIO DEL CAPÍTULO

Podemos considerar la implementación de un programa de intervención como la acción de transformación y cambio de las condiciones que afectan al bienestar de las personas. Acción que se dirime entre lo que sería favorable hacer para alcanzar una situación deseada (diseño) y lo que es conveniente y oportuno teniendo en cuenta la realidad social en la que se opera, con los medios y recursos disponibles y de acuerdo con los resultados que se van consiguiendo (evaluación). Para abordar este tema hemos estructurado el capítulo en cuatro grandes bloques de contenidos:

1. Implementación: de la iniciativa a la acción
 2. Desafíos de la implementación
 3. Estrategias para asegurar la implementación
 4. Conclusiones
-

La eficacia de un programa bien diseñado y planificado puede verse comprometida si la implementación del mismo es inadecuada. Veamos un ejemplo: consideremos el caso de un programa de intervención en violencia entre iguales diseñado por la Administración para su implantación en el ámbito escolar. Dicho programa puede partir de un exhaustivo análisis de las necesidades y de los problemas sociales que presenta el colectivo escolar al que va destinada la intervención. A partir de ahí, se diseña un programa donde se identifican una serie de objetivos y metas que se desean alcanzar para resolver los problemas detectados y se indican de manera pormenorizada las distintas estrategias de intervención, seleccionadas tras una revisión de la literatura pertinente, que ha facilitado la identificación y la incorporación al programa de aquellas acciones que han demostrado su eficacia a la hora de conseguir los objetivos perseguidos (por ejemplo, información, control emocional, entrenamiento en habilidades sociales, apoyo social, etc.). Además, se especifican por escrito los recursos humanos, materiales e infraestructurales necesarios para poder dispensar el programa de forma adecuada, así como la secuenciación de las actividades indicando el tiempo necesario para su ejecución. Con este documento sabemos perfectamente lo que tenemos que hacer y podemos anticipar o prever los cambios esperados en la población objeto de la intervención, pero no es suficiente.

Implementar este plan de acción de manera consistente y fiel al diseño establecido puede resultar una tarea difícil por muchas razones. Por ejemplo, es posible que en el contexto en el que tiene lugar la ejecución del programa no emerjan las mismas condiciones para las que se diseñó. Considérese el caso de la red de escuelas rurales o la atención educativa en zonas de atención preferente donde los factores relacionados con el problema de violencia entre iguales pueden ser muy diferentes de los que puedan manifestarse en las escuelas ubicadas en el centro de una capital. Cabe mencionar también otras circunstancias que podrían suponer un obstáculo para la puesta en marcha de la intervención: falta de medios y recursos necesarios por parte de la organización educativa que adopte el programa; insuficiente preparación o motivación del personal encargado de su ejecución. Finalmente, puede ocurrir que miembros de la comunidad escolar (personal docente, padres y madres, alumnado, etc.) que, en muchos casos, asumen responsabilidades para la gestión y desarrollo del mismo no estén capacitados o no quieran comprometerse con esta difícil tarea. Sin duda alguna, todas estas eventualidades serán obstáculos que comprometerán la implementación exitosa del diseño establecido y, en consecuencia, la consecución de los fines esperados.

Ante estas circunstancias puede darse el caso de que un programa que a nivel conceptual se apoya en un modelo de intervención social cuyas estrategias de acción (por ejemplo, entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación, apoyo social y grupos de autoayuda) han mostrado su eficacia en los diversos estudios científicos, no sea capaz de resolver los problemas sociales para los que estaba destinado. Como veremos más adelante, si no se ha recogido una información precisa referente a cómo se ha desarrollado el programa y de qué manera se ha ajustado a lo programado, podemos juzgar de forma incorrecta que el programa ha sido ineficaz cuando en realidad los resultados negativos pueden ser el resultado de una pobre implementación del mismo.

Por todo ello, es central conocer la trayectoria de un programa desde que se inicia hasta tener su impacto real en la población diana, sobre todo cuando éste se implementa en contextos diferentes al original o su ejecución corre a cargo de agentes sociales distintos a los que diseñaron el programa.

1. IMPLEMENTACIÓN: DE LA INICIATIVA A LA ACCIÓN

1.1. Concepto de implementación

Nada mejor que comenzar este epígrafe con la definición de implementación de la mano de Fernández-Balasteros (1996, p. 64): *una vez diseñado el programa, éste debe ser implantado tal y como fue previsto, es decir,*

los medios materiales y recursos humanos, las acciones diseñadas, su secuencia y duración, previamente establecidas, deben ser puestas en práctica en las unidades previstas. De todo ello debe quedar registro exacto con el fin de poder ser reanalizado y examinado posteriormente. Tomando en consideración este criterio, podemos circunscribir la implementación a la **integridad o fidelidad** del programa, entendida ésta como el grado en el cual los procedimientos especificados en él se efectúan acorde a lo planificado (Dane y Schneider, 1998) o el grado en que una innovación es implementada de manera similar al modelo de demostración original (Mayer y Davidson, 2000).

Sería conveniente precisar que estas definiciones de fidelidad se plantean bajo dos situaciones diferentes de implementación. En la primera, se diseña un programa y, acto seguido, se decide ponerlo en práctica para comprobar su eficacia, por lo cual diseño y ejecución se desarrollan en el mismo contexto de intervención. Véase, por ejemplo, el diseño y la implementación del programa de prevención de drogas que se describe con sumo detalle en el Capítulo 13. En la segunda, se decide implementar a gran escala un programa que ya ha demostrado su eficacia en condiciones experimentales, siguiendo, por lo general, los planteamientos de la Innovación Social Experimental (Fairweather y Davidson, 1986). Desde esta perspectiva la implementación sigue un proceso secuencial que incluye cuatro pasos esenciales: *a*) el diseño de un programa o práctica para resolver un problema social específico (innovación); *b*) la evaluación de la intervención mediante la comparación de los resultados con un grupo control o una condición de comparación (eficacia); *c*) la replicación del modelo, y *d*) la diseminación activa o intento decidido de implementar el programa a gran escala (Mayer y Davidson, 2000). Todas estas condiciones son precisamente las que sigue el programa de visitas al hogar para el periodo prenatal y de la primera infancia de David Olds, que ha descrito con precisión y sobrado conocimiento de causa Enrique Gracia en el Capítulo 11.

Desde este enfoque, la verificación de la integridad del programa es esencial para la evaluación de los resultados obtenidos tras la intervención; sólo de esta manera se podría determinar en qué medida la ineficacia de un programa puede ser debida a una inadecuada o incompleta replicación de los componentes especificados en el mismo. En esta línea, Dane y Schneider (1998) identifican cinco factores de la fidelidad que representan un aspecto característico de la prestación del servicio (Cuadro 8.1).

CUADRO 8.1. FACTORES DE LA FIDELIDAD Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (Dane y Schneider, 1998)

Adherencia

Grado en que los componentes del programa se disponen conforme a lo prescrito.

Exposición

Incluye aspectos tales como el número de sesiones implementadas, la duración de cada sesión o la frecuencia de prestación de las técnicas de intervención.

Calidad de prestación

Se refiere a aspectos cualitativos de la prestación del servicio que no están relacionados de forma directa con el contenido del programa. Entre ellos se incluyen el entusiasmo, la preparación o las actitudes de quienes llevan a cabo el programa.

Interés de los participantes

A través de indicadores tales como nivel de participación y entusiasmo.

Diferenciación del programa

Referido a las atenciones del equipo evaluador para verificar las condiciones de diseño de forma que las personas en cada condición experimental reciben sólo las intervenciones planeadas.

Los precursores de esta perspectiva parten de la condición de que los programas deben estar bien fundamentados, con personal motivado y capacitado, apoyado por una variedad de recursos y en un contexto bien delimitado

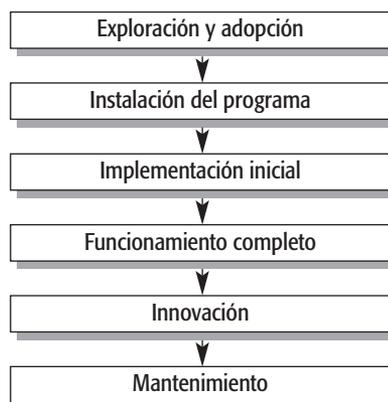
y conocido. Pero ¿qué ocurre cuando no se dan todas estas circunstancias? No resulta fácil responder a esta pregunta, pero es necesario considerar la capacidad de **adaptación** del programa a la idiosincrasia del medio en el que ocurre la acción como indicador de éxito de la implementación (los capítulos 9 y 14 nos ofrecen un excelente ejemplo en el caso del duelo subsiguiente a una catástrofe colectiva). Esta necesidad de adaptación tiene ya su justificación en la propia planificación pues ésta debe ser considerada como *un proceso continuo y dinámico que debe ser lo suficientemente flexible para poder adaptarse a los cambios de su contexto* (López-Cabanas y Chacón, 1997, p. 64). Desde esta perspectiva, Sánchez Vidal (1996, p. 298) define la implementación como etapa en la que *se hace realidad lo planificado a través de la organización y medios disponibles, modificándolo «sobre el terreno» según el progreso real del programa*. Por su parte, Dalton, Elias y Wandersman (2001, p. 321) la consideran *por lo menos algo diferente en cada situación, respondiendo a la mezcla de fuerzas contextuales existentes*.

La adaptación, por tanto, es un factor clave para la implementación. Pese a ello, algunos investigadores sugieren que ésta puede comprometer la calidad y la eficacia de la intervención (Dane y Schneider, 1998; Domitrovich y Greenberg, 2000). Así, es posible que las modificaciones que se realicen en un programa para ajustarse a las condiciones actuales de la comunidad originen una implementación parcial de aquellos componentes de la intervención que son cruciales para alcanzar los resultados deseados, de tal manera que no se llegue a cubrir las necesidades de la comunidad. Por ello, según estos autores, aun cuando la adaptación sea necesaria, sería conveniente mantener cierto grado de fidelidad al diseño original si queremos garantizar el éxito de la intervención. Por su parte, Mayer y Davison (2000, p. 429-430) señalan que *muchas situaciones son tan complejas que alguna combinación de las dos estrategias puede ser lo más acertado, requiriendo la replicación cuidadosa de los ingredientes importantes del programa con la adaptación de otros ingredientes necesarios para hacer del programa más del gusto de los usuarios locales*. Con estas premisas podemos plantear la implementación desde una perspectiva integradora como *el proceso dinámico de adaptación del programa al contexto de actuación manteniendo los principios centrales de la intervención*.

1.2. El proceso de implementación de los programas

Fixsen *et al.*, (2005) han identificado en la literatura una serie de etapas que se acostumbran a seguir una vez que se decide adoptar y llevar a la práctica un programa basado en la evidencia, esto es, un programa que ha demostrado su eficacia en condiciones controladas. Recogemos aquí su propuesta (véase la Figura 8.1.) puesto que nos va a permitir abordar las estrategias que deben considerarse para una implementación eficaz teniendo en cuenta la secuencia planteada por estos autores. Estas estrategias serán analizadas con detalle en el epígrafe 3.

FIGURA 8.1. ETAPAS DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN (Fixsen *et al.*, 2005)



- 1. Exploración y adopción.** En esta etapa inicial se evalúan las necesidades de la comunidad, los recursos comunitarios y el ajuste del programa de intervención con las necesidades detectadas. Al final de esta fase se toma la decisión sobre la adopción del programa y se elabora un plan de acción con las tareas y el tiempo necesario para facilitar su implementación.
- 2. Instalación del programa.** Una vez que se ha tomado la decisión de implementar un programa o práctica se llevan a cabo una serie de tareas preliminares antes de iniciar su puesta en práctica. En esta fase se disponen los apoyos estructurales necesarios, tales como la ubicación de los espacios apropiados y la adquisición de tecnologías, se organiza la formación y preparación del personal que asegure las competencias y habilidades requeridas, se elaboran los modelos de informes de trabajo, etc.
- 3. Implementación inicial.** La implementación requiere un cambio que puede ser más o menos dramático para un individuo o una organización (competencias, capacidad organizacional, estrategia política, etc.). En cualquier caso, como señalan Fixsen *et al.* (2005), estos cambios no ocurren de manera simultánea o uniforme en una organización o práctica de intervención. Por ello, se requiere un tiempo para madurarlo y afianzarlo al mismo tiempo que se incrementa la confianza y el sentimiento de propiedad del programa.
- 4. Funcionamiento completo.** Un programa o intervención comienza a funcionar en su totalidad en el momento en el que la organización adopta la política, los procedimientos y los recursos para su puesta en práctica, el equipo profesional implicado adquiere las competencias y habilidades necesarias, y finalmente la comunidad conoce y se adapta a la presencia del programa.
- 5. Innovación.** Cada puesta en práctica de un programa basado en la evidencia es *una oportunidad para aprender más sobre el programa y las condiciones bajo las cuales puede ser implantado con fidelidad* (Fixsen *et al.*, 2005, p. 17). Al mismo tiempo, supone la realización de cambios o reajustes del programa original para dar respuesta a las nuevas y diferentes circunstancias en las que tiene lugar la intervención (otros profesionales, nuevas prácticas, problemáticas más complejas, etc.).
- 6. Mantenimiento.** Una vez que se implementa una intervención, lo que interesa es que subsista en el tiempo. Un programa es capaz de sostenerse y de mantener su eficacia en la resolución de los problemas sociales cuando es capaz de superar una serie de contrariedades tales como sustituciones del personal, recortes en la ayuda financiera, reestructuraciones organizativas, cambios en los líderes comunitarios, etc.

1.3. ¿Por qué es importante la implementación?

Los estudios que han abordado la implementación como una variable en el análisis de los resultados de la intervención, aunque son poco numerosos, han revelado que el grado de implementación que alcance un programa puede repercutir en su eficacia.

Dentro de esta línea, podemos mencionar el trabajo realizado por Dane y Schneider (1998) en el que revisaron los programas de prevención en el ámbito escolar publicados entre 1984 y 1994. En este estudio los autores examinaron tres aspectos: *a*) las acciones llevadas a cabo para promover la integridad del programa (por ejemplo, la existencia de un manual de instrucciones, acciones de formación y asesoramiento continuado, etc.); *b*) los procedimientos empleados para verificar la integridad del programa (medidas de adherencia, exposición, calidad de prestación, interés de los participantes y diferenciación del programa, véase el Cuadro 8.1.), y *c*) los efectos de la integridad sobre los resultados obtenidos. Encontraron que de los 162 programas revisados sólo 39 (24 por ciento) ofrecieron un procedimiento específico de documentación de la fidelidad, y sólo 13 (8 por ciento) utilizaron una medida de la fidelidad como variable en el análisis de los efectos del programa. A pesar

de las inconsistencias presentadas en los informes de evaluación de los 13 estudios considerados, se pudo constatar la influencia significativa de la fidelidad de la implementación sobre los resultados de los programas, y en particular la adherencia. En el resto de los informes observaron que no contenían indicaciones precisas de aspectos tales como la adecuación de la prestación del servicio o del número de sujetos que participaron en una proporción satisfactoria en las sesiones planificadas, por lo que, concluyen que *la validez interna de muchas de las investigaciones de resultados en esta literatura puede quedar comprometida por estas omisiones* (Dane y Schneider, 1998, p. 36).

Rossi, Freeman y Lipsey (1999) señalan también que el problema de que muchos de los programas no obtengan el impacto esperado nos remite a tres tipos de fallos en la implementación: *a)* la «no intervención» o insuficiente prestación del servicio. Mencionan como ejemplos financiar actividades que luego no se llevan a la práctica, o diseñar un programa sin participación de la población en las actividades planificadas; *b)* la prestación de la intervención de forma equivocada al diseñar, por ejemplo, unos sofisticados métodos de enseñanza en centros experimentales que luego son difíciles de implantar en las escuelas ordinarias, y *c)* la intervención no estandarizada o no controlada, como puede ser planificar intervenciones para que se implanten a nivel local sin especificar aspectos tales como la capacitación del personal, la concreción de los objetivos, los contenidos, etc., lo que puede dar lugar a que tales intervenciones varíen de forma significativa en los distintos lugares donde se desarrolle el programa sin que exista un mecanismo de control de tales variaciones.

Por su parte, Elias, Gager y Hancock (1993, cit. en Dalton *et al.*, 2001, p. 312-313) llevaron a cabo un estudio sobre la implementación de programas de prevención/promoción en el ámbito escolar («School Intervention Implementation Study – SIIS») con el objeto de examinar en profundidad qué ocurría cuando los programas que se desarrollaban bajo condiciones cuidadosamente controladas eran llevados a la práctica en las escuelas, la gran mayoría escasas en recursos y sin procedimientos sistemáticos de evaluación. Con este fin elaboraron una encuesta que fue remitida a todos los distritos escolares del estado de New Jersey del que obtuvieron una tasa de respuesta del 65 por ciento. Sus principales hallazgos fueron: *a)* existen muchos programas de prevención y promoción en todos los distritos, pero hay poca consistencia y sistematización en su implementación. La mayoría de los distritos «hacían algo» relacionado con la prevención del abuso de sustancias y la promoción de la competencia social; *b)* los programas que se desarrollaban en las escuelas no eran precisamente aquellos que habían mostrado evidencia empírica de éxito, y *c)* lo más llamativo era que en aquellos programas con eficacia contrastada que se implementaban bajo condiciones favorables sucedían experiencias tanto de éxito como de fracaso.

Parece evidente que es necesario prestar la máxima atención a la implementación. Entre otras, por las tres siguientes y poderosas razones:

1. El grado de implementación que se logre de un programa puede influir en los resultados de la intervención. El estudio mencionado de Dane y Schneider (1998), junto con otras investigaciones con resultados similares, ilustran la necesidad de desarrollar estrategias eficaces de implementación y seguimiento de la intervención si se quiere asegurar las metas planteadas por el programa (principio de fidelidad).
2. Los programas o tácticas que han funcionado bien en un contexto social, comunitario u organizacional no tienen por qué dar los mismos resultados en otro contexto. Por ello, los programas requieren ser adaptados a las dinámicas y recursos «locales y particulares» de cada contexto (principio de adaptación). Manuel Francisco Martínez y Julia Martínez (Capítulo 17) ofrecen un claro ejemplo de adaptación y reajuste de un servicio local de atención a la mujer inmigrante a partir de la situación específica de vulnerabilidad que presentaba este colectivo y la urgencia de intervención por el riesgo de explotación.

3. La falta de un procedimiento que dé cuenta de cómo se ha llevado a cabo la puesta en práctica de un programa, es decir, la ausencia de una medida de la implementación, puede llevar a que se juzgue de forma incorrecta la eficacia de un programa cuando los resultados negativos pueden ser consecuencia de un defecto en la prestación del servicio. Como sobradamente se pone de manifiesto en el Capítulo 15, la evaluación de la implementación es un prerequisite importante si se quiere tener conocimiento de lo que ha ocurrido realmente durante la puesta en práctica de la intervención y es crítica para establecer las conclusiones sobre los efectos del programa.

Ya disponemos de pautas importantes para la implementación de un programa de intervención, pero todavía quedan pendientes algunas preguntas: ¿Por qué las innovaciones que han demostrado su eficacia en un contexto son inconsistentes en otros diferentes? ¿Cuáles son las barreras que interfieren la transferencia de un programa efectivo a un nuevo escenario de intervención? ¿Qué factores son relevantes para que la implementación de un programa se desarrolle de manera exitosa? ¿Qué aspectos del programa deben permanecer inalterables y cuáles de ellos se pueden modificar y adaptar? Para buscar las respuestas adecuadas habría que analizar dos aspectos cruciales que se desarrollarán de manera más detenida en el apartado siguiente: factores relacionados con el contexto de intervención y factores inherentes al programa.

2. DESAFÍOS DE LA IMPLEMENTACIÓN

Hacer realidad una intervención supone tener que afrontar múltiples desafíos. Entre ellos podemos mencionar la variedad de contextos y escenarios de intervención, la motivación de la comunidad y de sus miembros para que se involucren y acepten el cambio, la toma de decisiones sobre los componentes del programa que deberán permanecer invariables y los que requerirán su adaptación, la búsqueda de los recursos y medios adecuados, la disponibilidad de agentes sociales con competencia y habilidades para promover el cambio, las relaciones entre los que van a implementar el programa y los participantes, etc. Todos estos retos pueden agruparse en dos grandes grupos o categorías: factores relacionados con el contexto de intervención, y factores asociados a las características del programa. A modo de resumen, en el Cuadro 8.2 presentamos para cada uno de los factores mencionados los retos que deberán afrontar quienes deciden implementar un programa.

CUADRO 8.2. DESAFÍOS DE LA IMPLEMENTACIÓN

Categorías	Factores	Actuaciones
C O N T E X T O	Ecología de la intervención	Considerar las distintas interrelaciones que mantiene el individuo con la familia, redes sociales, organizaciones, comunidades y sociedades. Reflexionar acerca de las singularidades de cada contexto a raíz de la interdependencia entre sus componentes, sistemas, los recursos cíclicos, la adaptación de los individuos al contexto y su evolución.
	Capacidad de la comunidad para el cambio	Crear escenarios competentes de intervención que motiven y capaciten a la comunidad para ser protagonistas de su propio cambio.
	Diversidad humana	Plantear programas apropiados o afines a la cultura, considerando la variedad de comunidades e identidades sociales basadas en el género, etnia, orientación sexual, habilidad o discapacidad, estatus socioeconómico, género y otras formas de diversidad.

CUADRO 8.2. DESAFÍOS DE LA IMPLEMENTACIÓN (*Continuación*)

Categorías	Factores	Actuaciones
P R O G R A M A	Teoría de la intervención	Distinguir los componentes que deberán permanecer fijos (componentes centrales) y que son cruciales para la efectividad del programa, de los que pueden ser alterados para ajustarse al contexto sin que ello repercuta en la eficacia.
	La base organizacional	Especificar los componentes de la intervención en un modelo lógico que ayude a secuenciar las actividades del programa y sus recursos y a discriminar sus efectos.
		Disponer de un contexto organizativo adecuado a las exigencias del programa fomentando una cultura de gestión basada en la calidad, la eficacia y la eficiencia.
	Agentes de cambio	Determinar el rol que ejercen en función de los objetivos planteados y de la posición que ocupen. Facilitar a través de la formación en habilidades sociales relaciones eficaces en su trabajo.

2.1. Factores ligados al contexto de intervención

2.1.1. La dimensión ecológica de la intervención

Toda intervención ocurre en un contexto con unas estructuras y unos procesos sociales que tienen lugar entre los miembros de un barrio, grupo social, organización (escuela, trabajo) o comunidad. En ese contexto las personas y los sistemas sociales muestran unas características determinadas en función de las transacciones que se mantienen dentro de cada uno de los sistemas. Desde la aproximación ecológica, la intervención se describe como el intento de alterar el contexto actual, bien modificando las conductas de los individuos que viven en ese entorno social, bien buscando la transformación de los ambientes que coartan su desarrollo. Ese es el objetivo general que se persigue con el programa cuyo minucioso diseño nos ofrece Camilo Madariaga en el Capítulo 6.

La consideración del ambiente ecológico, esto es, una serie de sistemas acomodados en distintos niveles que ejercen su influencia más o menos directa sobre las personas que viven inmersas en ellos, es sin duda el punto más esencial de este enfoque (una descripción más detallada puede verse en el Capítulo 6). En consecuencia, como apuntan Kelly, Ryan, Altman y Stelzner (2000) intervenir desde una perspectiva ecológica requiere tener una visión de cómo las personas y sus sistemas sociales se afectan unas a otras y no sólo de las cualidades independientes de éstas.

Pongamos por caso que se pretende introducir un programa de prevención de riesgos laborales en una organización. Tomando como referencia los conceptos de Kelly (1966, 1986), habría que considerar las características de esa organización y de sus miembros en función de su interdependencia, recursos cíclicos, adaptación y sucesión, todo lo cual condicionará una serie de desafíos que habrá que abordar para asegurar el éxito de la intervención. Analicemos cada uno de estos aspectos:

Interdependencia. Este principio examina las relaciones interdependientes que se mantienen entre los componentes del ecosistema. Los cambios que se produzcan en un aspecto del sistema pueden tener impacto sobre los otros; de este modo, los esfuerzos para cambiar un sistema pueden frustrarse si no se consideran los distintos componentes interdependientes del ecosistema. En definitiva, es necesario considerar las transacciones que se producen entre los diferentes sistemas para prever las consecuencias esperadas o inesperadas que puede dar lugar una intervención.

Recursos cíclicos. Cada contexto tiene un conjunto de recursos tangibles e intangibles que son creados, utilizados y transformados. Tomemos dos ejemplos: en el Capítulo 14, Sol Yáñez nos habla de cómo los recursos de que dispone una comunidad para hacer frente a una catástrofe natural son infrautilizados debido a una precaria política institucional. En el Capítulo 10 las autoras se apoyan en los recursos procedentes del medio escolar para llevar a cabo un programa dirigido a retrasar el inicio en la actividad sexual de los adolescentes.

Adaptación. Este principio concierne al ajuste particular de las personas con su entorno. Cada contexto es dinámico y particular por lo que requerirá conductas específicas para que sus miembros puedan adaptarse y desarrollarse dentro del mismo. Por ejemplo, un contexto laboral con una estructura centralizada de poder diferirá de aquella estructura descentralizada en la que se promueva la participación en la toma de decisiones entre sus miembros; de esta forma, si se quiere promover cambios, como por ejemplo, la creación de equipos de trabajo, éstos pueden entrar en conflicto con las normas y valores de la organización. Así, cada intervención que se quiera poner en práctica en un contexto determinado deberá reconocer y considerar la ecología particular que subyace a él.

Sucesión. Este cuarto principio señala que la interdependencia, la utilización de los recursos y la adquisición de conductas adaptadas a la situación deben ser entendidas en términos de continuidad y cambio sobre el tiempo. Esto supone que para intervenir es necesario examinar la historia del contexto con particular referencia a los aspectos sobre los que se pretende promover el cambio. Por ejemplo, si dentro de los objetivos de un programa de prevención de riesgos laborales se contempla la creación de grupos de apoyo social, es necesario saber si éstos ya existen porque será más efectivo fortalecer las redes existentes para que éstas evolucionen como factores protectores de la salud (recursos cíclicos y sucesión).

En conclusión, cuando se proyecte transferir un programa efectivo a un nuevo contexto, éste será único en cuanto a las relaciones interdependientes entre los distintos sistemas que lo configuran, los recursos disponibles, la forma en que la comunidad se adapte al cambio, la historia del contexto, etc. La manera en que la intervención se ajuste a estas características singulares será esencial para la puesta en práctica de la intervención, o dicho de otra manera, para la transformación de los individuos y sus sistemas.

2.1.2. La capacidad de la comunidad para el cambio

Lo hemos venido recordando desde el primer capítulo: no podemos hablar de intervención sin tomar en cuenta a las personas implicadas en ella como beneficiarias. Así lo hemos visto, entre otros, en los adolescentes latinos de California (véase Capítulo 10), en los jóvenes del barrio de Alza en San Sebastián (véase Capítulo 4), en la comunidad indígena de Xamán (véase Capítulo 9). Es necesario entonces considerar aquellos conceptos que proporcionen una estructura de análisis apropiada para que el profesional que realiza una intervención desarrolle las condiciones óptimas, para que los futuros participantes sean *agentes activos de su transformación*.

Desde la intervención social y comunitaria más centrada en la movilización y potenciación de recursos que en la subsanación de problemas y carencias ha sido una constante la búsqueda de los procesos ligados a la capacidad de la comunidad y de sus miembros para identificar, movilizar y resolver los problemas sociales que les afectan de manera directa. Los autores han desarrollado conceptos tales como sentido de comunidad, *empowerment*, participación ciudadana, competencia comunitaria o capacidad de la comunidad. En el Cuadro 8.3 se resumen tales constructos indicando sus principales dimensiones definitorias.

CUADRO 8.3. CONCEPTOS CLAVE DE LA COMUNIDAD

Constructo	Definición	Dimensiones
Sentido de comunidad	Percepción de similitud, pertenencia y apoyo mutuo que une a los individuos en una colectividad (Sarason, 1974; McMillan y Chavis, 1986).	Pertenencia e identificación. Influencia recíproca. Intercambio de recursos y satisfacción de necesidades. Conexión y apoyo emocional.
Empowerment	Mecanismo por el cual las personas, las organizaciones y las comunidades adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su bienestar (Rappaport, 1981, 1987; Zimmerman, 1995, 2000).	A nivel individual: control percibido, conciencia crítica y participación en la acción colectiva. A nivel organizacional: eficacia organizacional, relaciones con otras organizaciones e influencia política. A nivel comunitario: coaliciones organizacionales, liderazgo pluralista y habilidades de participación de los residentes.
Participación e iniciativa social	Proceso en el que individuos toman parte en la toma de decisiones y en el desarrollo de acciones concretas (De la Riva, 1993; López-Cabanas y Chacón, 1997).	Querer: motivación y disposición para la acción. Poder: cauces para el acceso a las estructuras participativas. Saber: conocimientos y habilidades para la participación eficaz.
Competencia comunitaria	Grado en que los miembros de una comunidad disponen de las habilidades, los recursos y el interés para trabajar juntos de forma eficaz en la mejora de la vida comunitaria (Cottrell, 1976; Dalton <i>et al.</i> , 2001; Iscoe, 1974).	Compromiso de los individuos en el trabajo compartido de la comunidad. Comprensión de los intereses propios y de los demás. Habilidad para establecer con claridad las propias visiones y las de los demás sobre la comunidad. Comunicación basada en una comprensión de las múltiples perspectivas y colaboración entre los miembros. Contención y acomodación del conflicto. Participación en la toma de decisiones. Gestión de demandas o amenazas que vienen desde fuera de la comunidad. Uso adecuado de los recursos tangibles y personales de los miembros de la comunidad y de los adquiridos desde fuera. Socialización para el liderazgo. Evaluación reflexiva y sistemática sobre los problemas, las acciones y las propuestas de mejora.
Capacidad comunitaria	Capacidad de las comunidades de identificar, movilizar y tratar los problemas sociales y de salud así como la transferencia de los conocimientos, habilidades, sistemas y recursos que afectan al cambio individual y comunitario consistentes con los objetivos y metas de salud. (Goodman <i>et al.</i> , 1998).	Participación activa ciudadana. Liderazgo eficaz. Amplio rango de habilidades. Acceso a Recursos. Redes sociales e interorganizacionales establecidas. Fuerte sentido de comunidad. Comprensión de la historia de la comunidad. Poder de la comunidad. Valores comunitarios definidos y consensuados. Reflexión crítica.

Desde de la amplitud y extensión de los procesos contemplados es posible considerar su interrelación, y en ella la participación ciudadana es un componente clave para todos ellos. Lo podemos ver con claridad en el Capítulo 7 donde Mauricio Gaborit nos presenta un diseño de intervención en violencia política en el que se contempla la participación de la comunidad para la propuesta de acciones específicas encaminadas a la recuperación de la memoria histórica de los caídos y desaparecidos durante un conflicto bélico. Se pretende que esta implicación fortalezca su sentido de identidad social (sentimiento de pertenencia) y despliegue la organización comunitaria necesaria para que se generen dinámicas de cambio social a través de acciones específicas tales como acciones contra la impunidad o el reconocimiento del Estado de su responsabilidad en la violencia política (competencia comunitaria). Volvemos a encontrar la presencia de la comunidad en el Capítulo 4 (véase epígrafe 4.2), en el Capítulo 6 (véase epígrafe 4.1.1) o en el Capítulo 14 (véase epígrafe 4).

No cabe duda de que el fortalecimiento de la comunidad (competencia comunitaria o capacidad comunitaria) debe producirse a través de la participación de sus miembros lo que genera, a su vez, beneficios personales entre los que podemos resaltar la formación de vínculos entre el individuo y la comunidad (sentido de comunidad) así como el desarrollo expectativas de control y la adquisición de habilidades y destrezas (empowerment). Además, hay múltiples evidencias en la literatura que demuestran que la participación e implicación de los grupos beneficiarios de las intervenciones mejora la eficacia puesto que se crean las condiciones para que las actuaciones se ajusten a las necesidades y los valores de los grupos implicados, se incrementen las posibilidades de control y acceso a los recursos y, finalmente, se anticipen y corrijan las posibles resistencias al cambio y en consecuencia se posibilite el cambio deseado (para un análisis más detallado de la interrelación entre los conceptos examinados, véase Maya, 2004).

En suma, como venimos reiterando desde el primer capítulo, la iniciación del cambio no ocurre sin la concienciación, el compromiso y la capacidad de acción de la comunidad y de sus miembros. Esto va a suponer tener que afrontar un reto principal que consiste en el reconocimiento y la comprensión de las dinámicas y de los procesos que tienen lugar al interior de la comunidad con el objeto de orientar la práctica de la intervención en la mejora de la calidad de vida y la salud de sus miembros. Lo que se pretende es *crear escenarios competentes de intervención* (Dalton *et al.*, 2001, p. 213), y para alcanzar esta meta es necesario:

1. La identificación de los colectivos o comunidades que pueden estar implicados en el proceso de cambio social. Hay que tener en cuenta que estas comunidades no sólo estarán delimitadas de forma geográfica por la localidad (por ejemplo, bloque, vecindad, distrito o ciudad), también pueden definirse por los enlaces relacionales entre sus miembros, por una tarea común (por ejemplo, lugar de trabajo) problema social o inquietud (por ejemplo, grupos de ayuda mutua, asociaciones, fundaciones, organizaciones no gubernamentales, congregaciones religiosas, sindicatos) actividad lúdica o recreación (centros de ocio) o por cualquier otro interés común como es el caso de las comunidades virtuales (Heller, 1989; Dalton *et al.*, 2001).
2. El reconocimiento y la implicación de las personas u organizaciones que puedan tener un papel clave en el proceso de cambio. Será determinante la implicación de personas que por su vinculación o sentido de pertenencia a la comunidad adopten con mayor facilidad un papel más activo convirtiéndose, además, en un referente para el resto de los miembros. También será determinante el papel que pueda ejercer el tejido social presente en la comunidad (grupos de ayuda, asociaciones, clubes, centros cívicos, congregaciones) que por su función intermediaria serán los que representen la voz colectiva de los asuntos de la comunidad.
3. La creación de las condiciones que favorezcan el fortalecimiento de los individuos y comunidades. Estas condiciones pasan por la capacitación de las personas. Siguiendo a Zimmerman (2000) no se puede concebir una comunidad u organización responsable o participativa a menos que sus miembros adquieran la conciencia crítica, la percepción de control y las habilidades y destrezas para resolver los problemas

y tomar las decisiones; tampoco un individuo puede lograr todas las transformaciones de su conducta sin una comunidad que ofrezca mediante el acceso igualitario a los recursos las oportunidades para que sus miembros puedan desarrollarse en lo personal y lo social. Esto significa identificar hasta qué punto la comunidad está motivada o capacitada para asumir su rol de corresponsabilidad en la mejora de su calidad de vida.

4. La anticipación de las posibles consecuencias o efectos no deseados de la intervención ligada al fortalecimiento de las comunidades. Es posible que al trabajar con determinados grupos de una comunidad o barrio pueda incrementarse el conflicto con otros grupos sociales minoritarios al circunscribirse un objetivo subyacente que es la exclusión de tales grupos. Por ejemplo, Martín Beristain y M.^a Luisa Cabrera (Capítulo 9) dan cuenta de los conflictos internos entre los grupos de afectados y no afectados por la masacre de Xamán al generarse una diferenciación social en función del proyecto de desarrollo en el que participaban. Para estos casos, McMillan y Chavis (1986) señalan que el sentido de comunidad debe utilizarse como una herramienta para fortalecer la comprensión y la cooperación frente a la diferenciación. Para ello se requiere la consideración de las posibles relaciones que la comunidad o colectivo objeto de la intervención pueda establecer con otros grupos o comunidades externas.
5. La delimitación de roles y responsabilidades de los grupos implicados (participantes y agentes de cambio). A diferencia de los modelos tradicionales, la relación entre los profesionales y la población diana deja de ser una relación desigual y jerárquica de experto y cliente y pasa a convertirse en una relación igualitaria de colaboración y corresponsabilidad entre el equipo de profesionales (asesores, promotores o facilitadores) y los ciudadanos; ambos trabajan juntos para identificar los objetivos y tomar las decisiones.

2.1.3. La diversidad humana

En muchas ocasiones se interviene en poblaciones que a menudo se encuentran marginadas y degradadas por su condición racial, religiosa, económica, de orientación sexual y otras características diferenciadoras. Características particulares que debemos tener en cuenta puesto que afectan a las normas sociales del contexto y a las habilidades y recursos de sus miembros y, por lo tanto, a los objetivos del programa que pretendamos introducir. Es por ello que uno de los grandes retos de la intervención social y comunitaria es cómo dinamizar el cambio social desde la atención a la diversidad cultural (Marín, 1993; 1996).

Por tanto, el factor cultura es clave para la implementación de los programas de intervención, en particular en situaciones donde: *a*) se pretende implementar un programa en un grupo cultural diferente de aquellos para quienes originalmente se diseñó; *b*) la realidad psicológica y social de la población objeto (por ejemplo, población inmigrante) es diferente a la de la comunidad en la que se integran estos grupos y desde donde se diseñan estas intervenciones, y *c*) la acción concurre por la propia mezcla de edades, género, razas y etnias, estatus socioeconómico, discapacidad, orientación sexual, religión y otras formas de diversidad e identidad personal y cultural que cualquier intervención debe hacer frente.

Para ello es esencial que estos programas consideren e incorporen en sus materiales las características étnicas y culturales, los valores, las conductas y las creencias de la población objeto así como los factores sociales, ambientales e históricos relevantes, esto es que posean **sensibilidad cultural**. Siguiendo a Resnicow *et al.* (2000) esta sensibilidad cultural se define por las adaptaciones de un programa a nivel de estructura superficial y profunda. La estructura superficial supone la selección de los contenidos y los materiales considerando los aspectos más observables de la población diana. Así, en programas de promoción de salud basados en la transmisión de los mensajes a través de medios audiovisuales se deberían tener en cuenta las personas, el lenguaje, la ropa, la música, etc. que son familiares o acordes a las preferencias de la población diana. Por ejemplo, Marín y

Marín (1990) encontraron que en las campañas de promoción de salud los mensajes presentados por personalidades del deporte o conocidos cantantes y actores eran fuentes poco creíbles para la comunidad latina residente en los Estados Unidos. También debería estudiarse cuál sería el medio o canal más adecuado para la transmisión de la información. Por ejemplo, puede que una parroquia sea más apropiada para unas culturas pero no en otras. Por último, debería analizarse la conducta de salud en cuestión; por ejemplo, cuál es la marca de cigarrillos o en qué situaciones sociales se consumen.

La consideración de la estructura superficial puede ayudar a que el programa se ajuste a las características socioculturales de la población haciéndolo más comprensible o aceptable, pero no es suficiente para aumentar la eficacia de los programas. La estructura profunda va más allá: se refiere a la apreciación de cómo los factores culturales, sociales, históricos, ambientales y psicológicos influyen en las conductas de salud. Por ejemplo, Marín *et al.* (1990) encontraron varias diferencias culturales entre los fumadores latinos y otros grupos étnicos en los Estados Unidos. A diferencia de los no latinos, los latinos estaban más preocupados por los efectos negativos del tabaco sobre la salud de la familia (fumadores pasivos, dar mal ejemplo a los hijos) y los efectos a corto plazo del fumar (mal aliento, ropa quemada). La investigación sobre estos valores y la consideración de estas preocupaciones familiares en las estrategias de intervención para dejar de fumar mostró no sólo la aceptabilidad del cambio de los comportamientos de riesgo, sino que también incrementó su eficacia. Estas investigaciones sirvieron de base para que más adelante Gerardo Marín (1993, 1996) señale una serie de pasos a seguir para que una intervención pueda considerarse *culturalmente apropiada* (Cuadro 8.4).

CUADRO 8.4. PASOS PARA EL DISEÑO Y LA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS CULTURALMENTE APROPIADOS (Marín, 1993, 1996)

Basar la intervención en los valores culturales específicos del grupo. Aspectos tales como la percepción de control, la distancia de poder, la importancia asignada a las relaciones personales deben ser considerados como un mapa cultural o ámbito para el desarrollo de la intervención.

Incorporar estrategias que reflejen las características de la cultura subjetiva del grupo. Para que las estrategias se perciban como creíbles, relevantes o útiles deben tenerse en cuenta las actitudes y expectativas específicas del grupo acerca de los comportamientos de riesgo.

Ajustar los componentes de la intervención al repertorio comportamental del grupo. Tales componentes deben reflejar los patrones de uso de los posibles canales de intervención (medios electrónicos o impresos), la credibilidad y utilidad percibida de las estrategias entre los miembros del grupo (por ejemplo, quién presenta el mensaje) y las preferencias por ciertas estrategias (actividades grupales frente a las individuales).

Por lo tanto, la transformación de los individuos comienza por el respeto y la consideración a su diversidad. Ello exige el conocimiento cercano de las características del colectivo al que va destinada la intervención que, siguiendo las premisas de participación, será más acorde si trabajamos en genuina colaboración desde el principio.

2.2. Factores ligados al programa

2.2.1. La Teoría de la intervención

Transferir una innovación eficaz a un nuevo ambiente es, como ya hemos visto, una tarea compleja. Si hemos definido la implementación como *el proceso dinámico de adaptación del programa al contexto de actuación manteniendo los principios centrales de la intervención*, resta la difícil tarea de identificar qué componentes del programa deberán permanecer inalterables y cuáles de ellos se pueden cambiar para ajustarse a la ecología social del contexto sin que ello repercuta en su eficacia.

Acorde con los elementos definitorios de la implementación que hemos identificado en el primer epígrafe (fidelidad y adaptación), habría que diferenciar dos tipos de componentes del programa: los componentes centrales y los componentes adaptables. Los primeros se refieren a los componentes más esenciales e indispensables para mantener la identidad y eficacia del programa; los componentes adaptables son aquellos que pueden ser alterados para ajustarse a la ecología social del nuevo escenario de intervención (Dalton *et al.*, 2001). Por ejemplo, en un programa de intervención en atención a la salud puede ser un componente central el entrenamiento en habilidades sociales dejando a criterio de los técnicos la posibilidad de adaptar las sesiones (actividades y situaciones) a las características demográficas y culturales del grupo destinatario.

¿Cómo es posible en un programa distinguir los elementos centrales de los adaptables? Esta tarea sin duda concierne a los diseñadores y evaluadores de los programas quienes deben proporcionar información sobre las posibles adaptaciones del programa. Sin embargo, difícilmente estos componentes se podrán identificar hasta que no se haya realizado un buen número de replicaciones del programa en los nuevos contextos con nuevos agentes que los hayan adoptado y evaluado, no sólo basta con los resultados obtenidos del programa original (Fixsen *et al.*, 2005). Este es el caso del ya mencionado programa de visitas al hogar para el periodo prenatal y de la primera infancia de David Olds (Capítulo 11), que requirió más de 20 años de estudio para poder identificar una serie de condiciones y requisitos a los que ajustarse (componentes centrales) antes de iniciar su aplicación a escala nacional.

En resumen, para asegurar la eficacia de un programa basado en la evidencia en un nuevo contexto es necesario mantener los componentes centrales especificados por el mismo. Como ya hemos visto, para que se puedan identificar estos componentes es necesaria la replicación sistemática de la intervención, y para ello es preciso que en el programa se delimiten con claridad las asunciones y los mecanismos que señalen cómo y por qué se supone que el programa logrará la mejora de las condiciones sociales. En definitiva, de lo que se trata es de identificar o elaborar la **teoría del programa**.

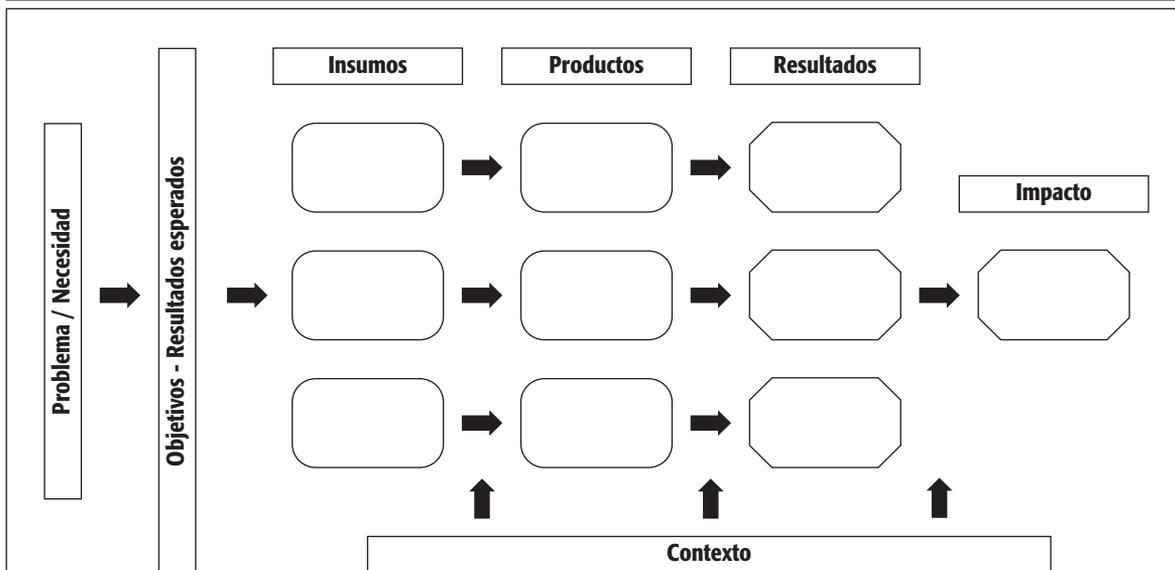
Sin duda, la teoría del programa es una herramienta necesaria y útil para el diseño, la implementación y la evaluación de programas (véase también el Capítulo 15, epígrafe 2.2). En ella pueden distinguirse tanto los elementos referidos a los procesos que conducen a la intervención, como los resultados o el impacto que se esperan alcanzar con la intervención. Según el énfasis en uno u otro aspecto se identifican dos tipos de teorías: teorías orientadas a los resultados y teorías orientadas a los procesos (Chen, 1990; Rossi, Freeman y Lipsey, 1999).

Las teorías orientadas a los resultados o teorías de causa-efecto, se elaboran con el propósito de identificar los mecanismos causales que median entre los componentes del programa y los resultados perseguidos, y suelen formularse en términos lógicos de «si -entonces». Por ejemplo, *si se fomentan las creencias en la eficacia del autoexamen de mama es más probable que las mujeres lo realicen de manera regular*. Esto supone que en el programa se deben especificar la secuencia de los eventos para alcanzar las metas deseadas. En función de su complejidad, éstas se representan desde las formas más simples que trazan un único resultado inmediato por el cual una acción logra su efecto final o impacto hasta las formas más complejas, al considerar una serie de resultados intermedios interconectados que se combinan para mostrar los resultados finales. Un programa apoyado por una teoría de intervención nos permitirá establecer qué tipo de estrategias o actividades deberán introducirse en el programa para actuar sobre aquellos factores que se han identificado como contribuyentes al problema. Véase, por ejemplo, en el Capítulo 5 el modelo teórico que sustenta la propuesta de intervención en equipos deportivos (Figura 5.1.), el que sustenta la intervención para incrementar la adherencia al tratamiento en enfermos crónicos (véase Capítulo 3), o los «Cinco Dominios» sobre los que Silvia Ubillos sustenta su intervención en VIH/SIDA (véase Capítulo 4, epígrafe 2).

El segundo grupo, las teorías orientadas a los procesos o teorías de la implementación, se centran en aquellos aspectos que deberían constituir un programa o intervención para lograr los resultados esperados; es decir, cuáles deberían ser los objetivos a perseguir, y cómo debería diseñarse e implementarse una intervención. Estas teorías suelen quedar representadas en una serie de cajas etiquetadas en insumos (inputs), productos (outputs) y resultados (outcomes) conectados con flechas, sin necesidad de mostrar los caminos que conducen a

determinados resultados (véase la Figura 8.2.). Su elaboración permitirá guiar el proceso de implementación y de evaluación del programa señalando los aspectos que deben ser corregidos o mejorados antes de que finalice el mismo.

FIGURA 8.2. TEORÍA DE LA IMPLEMENTACIÓN (adaptada de Taylor-Powell, Rossing y Geran, 1998)



Componentes de la teoría:

- Factores contextuales que acontecen en su implantación (valores, normas, condiciones sociales y económicas, características geográficas e históricas de la comunidad, relación con otras actuaciones sociopolíticas, presiones de los distintos grupos de interés, etc.).
- Situación o problema que motiva la necesidad de intervención o prestación de un servicio. Puede plantearse a nivel individual (donación de sangre en universitarios españoles: Capítulo 12), familiar o grupal (prevención del VIH en jóvenes donostiarra: Capítulo 4; Intervención en equipos deportivos: Capítulo 5), organizacional (servicios de atención para inmigrantes: Capítulo 17) o comunitario (duelo tras la masacre de Xamán: Capítulo 9; o fortalecimiento comunitario tras un periodo de violencia política: Capítulo 7).
- Los objetivos del programa o servicios en términos de resultados que se esperan alcanzar tras la intervención. Tales objetivos deben ser claros, específicos, fácilmente identificables y medibles; esto es, deben poder ser operativizados en metas sobre las que se puedan fijar criterios cuantificables o de medición que posibiliten la recolección de datos (véase a este respecto el Capítulo 6, Cuadro 6.2).
- Los insumos o *materia prima* con que trabaja el programa: las estrategias, el plan de actividades, los criterios de selección de los destinatarios, el tipo de organización que presta el servicio, el presupuesto, el personal, la localización, etc.
- Los productos derivados de tales acciones: infraestructuras, servicios prestados, materiales elaborados, personas atendidas.
- Los resultados del programa o cambios que se esperan como consecuencia de la intervención. Estos pueden ser a corto plazo (conocimientos, actitudes o creencias) y a medio plazo (conductas y acciones, relaciones interpersonales y procesos de grupo). En el Capítulo 18, Mario Zetino nos ofrece un ejemplo de cambios a medio plazo en las relaciones de pareja.
- El impacto o los resultados a largo plazo: mejora de las condiciones sociales, económicas o ambientales, coordinación y comunicación entre las instituciones, seguridad, participación y cohesión social, bienestar, salud, morbilidad o mortalidad, etc. Este es el objetivo pretendido por el programa de desarrollo humano que describe Camilo Madariaga en el Capítulo 6.

Además de ayudarnos a delimitar los componentes centrales y adaptables de la intervención, la especificación de la teoría de programa nos permitirá también explicar los éxitos y fracasos de una intervención (Grembowski, 2001; Weiss, 1998). Así, podremos determinar que un programa tendrá éxito cuando se constate que la teoría causa-efecto explicitada es la adecuada para el cumplimiento de los propósitos de la intervención y la implementación de las actividades se lleva a cabo conforme a lo planificado. Por el contrario, una intervención no dará los resultados que se esperan cuando: *a*) las asunciones que subyacen al programa son incorrectas o deficitarias para los propósitos del programa (fallo en la teoría); *b*) las actividades no se han implantado tal y como quedaron planificadas debido, por ejemplo, a la falta de recursos, a la insuficiente formación o a las dificultades lingüísticas entre el personal y los participantes (fallo en la implementación); o *c*) cuando fracasen ambos aspectos (Cuadro 8.5.).

CUADRO 8.5. RAZONES PARA EL ÉXITO O FRACASO DEL PROGRAMA (Grembowski, 2001, Weiss, 1998).

Teoría de la implementación	Teoría de causa-efecto		
		Conforme	No conforme
	Conforme	Éxito del programa	Fallo de la teoría
	No conforme	Fallo de la implementación	Fracaso del programa

Por tanto, la especificación de la teoría de programa y su evaluación es esencial dado que permitirá diferenciar los efectos de la intervención a nivel de teoría de la intervención y a nivel de implementación de las actividades que se derivan de la teoría.

2.2.2. La base organizacional de la intervención

Podemos señalar de manera contundente que las intervenciones dependen en gran medida de la receptividad de las organizaciones que las promueven. Como señala Medina (1997) la dimensión organizativa o institucional se sitúa como marco y soporte de los procesos sociales, por lo que el análisis de la organización de los grupos y su vertiente institucional adquiere una especial relevancia como *fuerza dinámica que interactúa con estos procesos. Bien es cierto que no podría pensarse en llevar a cabo un plan de acción social de cierta amplitud sin contemplar al tiempo los cambios organizativos, estructurales y funcionales que comportarían y en qué medida la institución que acoge el programa tiene potencialidad y desea tales cambios. Por ello, la planificación de estrategias sociales y organizativas debe realizarse conjuntamente así como la evaluación de ambos aspectos* (Medina, 1997, p. 135).

Por tanto, para que un programa tenga éxito, además de los aspectos propios de su diseño (teoría de la intervención), éste debe desarrollarse en un contexto organizativo conforme a las exigencias de la intervención. Teniendo en cuenta la distinción entre políticas, programas y servicios caben considerar los siguientes aspectos:

- Establecimiento de políticas de cobertura de servicios de acuerdo con la valoración de las necesidades y problemas detectados y en función de las partidas presupuestarias en prestaciones y servicios.
- Adecuación del diseño de la organización acorde a las características del programa, considerando distintas dimensiones, tales como medio ambiente externo, tecnologías utilizadas, estructura de la organización o componente humano y social de la organización (véase López-Cabanas y Gallego, 1993).
- Desarrollo de sistemas de mejoramiento continuo de servicios con relación a la competencia profesional, accesibilidad de los servicios, satisfacción de expectativas, efectividad y eficiencia (véase Medina, 1996).

En este punto conviene reflexionar sobre el modelo actual de participación social donde es considerable la presencia de organizaciones sociales privadas que colaboran con la Administración Pública en la prestación de

servicios. Su papel cada vez más destacado en la acción social ha provocado reformas significativas en la gestión pública, conformando un nuevo mapa económico y social que se denomina Tercer Sector. Este término ha sido introducido en la esfera sociopolítica para referirse a las organizaciones que reúnen las características de tener un origen privado, de carácter no lucrativo y de beneficiarse en buena medida de la aportación voluntaria, e incluye organizaciones tan diferentes como cooperativas, organizaciones religiosas, clubes, fundaciones, asociaciones, organizaciones no gubernamentales, etc. Heterogeneidad que no impide que puedan establecerse rasgos definitorios que les son comunes (Herrera, León y Medina, 2006). Éstos son los siguientes:

1. **Origen.** Gran parte de estas entidades emergen de la acción directa de los movimientos sociales que evolucionan hacia estructuras organizativas estables con el objetivo de ofrecer una respuesta más institucional que pueda resolver los problemas sociales. En estos casos, las organizaciones sociales se sienten legitimadas y fortalecidas puesto que representan el sentir de una comunidad (López-Cabanas y Chacón, 1997).
2. **Función social.** La participación de estas organizaciones sociales viene a asegurar los principios democráticos de solidaridad, participación y cooperación.
3. **Estructura.** Dada su orientación a la solución de problemas, y considerando que éstos configuran un entorno diverso, complejo y dinámico, tales organizaciones desarrollan diferentes formas de organización de su acción social. Por tanto, no podemos hablar de un perfil organizacional, sino de perfiles que muestran la heterogeneidad de este colectivo (Cortés, Hernán y López, 1997).
4. **Carácter.** Son organizaciones de servicios sociales cuyas características básicas son: la intangibilidad de la prestación del servicio, la simultaneidad de la producción y su consumo, la dificultad para su estandarización, la imposibilidad de almacenamiento, y la variabilidad que está sujeta a la relación que se establece entre el profesional y el usuario.
5. **Responsabilidad.** Como consecuencia de lo anterior, a estas organizaciones se les exige una gestión cada vez más profesional, por lo que necesitan los medios necesarios para incorporar las técnicas, los conocimientos y las herramientas de gestión y actuación del sector privado, teniendo en cuenta las singularidades del sector social.
6. **Gestión de los recursos humanos.** La intervención de estas organizaciones será posible si cuenta con el equipo necesario que aporte los conocimientos y las habilidades necesarias encaminadas a dirigir y liderar de acuerdo a unos valores y normas de funcionamiento, desarrollar las actividades desde una actuación profesional del servicio, administrar la gestión y, en ciertos casos, disponer de un colectivo que se compromete de forma voluntaria de acuerdo con una motivación personal.
7. **Medio de relación y comunicación.** Dado que estas organizaciones cooperan con la Administración en el desarrollo de los programas sociales, la comunicación entre éstas y la Administración resulta esencial. Ello va a requerir una coherencia interna de su actuación que se logra, además, si mantiene una adecuada comunicación con la población que es objeto de su intervención.
8. **Fuentes de financiación (públicas-privadas).** Por un lado, son organizaciones ajenas al funcionamiento del mercado, y, por otro, están institucionalmente separadas del gobierno, aunque una gran parte de su financiación depende del apoyo institucional público. Por tanto, el camino hacia su independencia económica va a estar determinado por la capacidad para movilizar los recursos necesarios hacia una diversificación del origen de los fondos (públicos y privados) y por la capacidad de gestión de los mismos (Álvarez de Mon, Martín y Martínez, 1998).

Hoy en día destaca el amplio consenso entre los agentes sociales a la hora de valorar y precisar el papel que están ejerciendo estas organizaciones; en particular, su contribución al bienestar individual y social. Entre otros

aspectos, se ha señalado que la participación de las organizaciones sociales significa una forma de dar cumplimiento al deber democrático de solidaridad (Alemán y García, 1997), representa un eslabón social del estado de bienestar (Quesada, 1990), y fomenta el sentido de pertenencia a la comunidad y la auto-responsabilidad (López-Cabanas y Chacón, 1997).

En el ámbito de la ayuda internacional, dentro de las líneas políticas del Banco Mundial (BM), se reconoce el potencial de las organizaciones no gubernamentales (ONG) y de las organizaciones comunitarias de base (OCB) para llegar a las comunidades, identificar las necesidades locales, fomentar la participación y transferir tecnología sin incurrir en grandes gastos. No obstante, una evaluación acerca de la contribución de estas organizaciones en los proyectos respaldados por el BM llegó a la conclusión de que la consecución de sus fines va a depender, entre otros factores, de la existencia de un ambiente propicio para su participación que se manifiesta en la disposición por parte de los directivos de organismos públicos a trabajar con estas organizaciones y la presencia de un marco jurídico favorable que les permita establecerse y asociarse libremente y actuar con independencia, transparencia y responsabilidad.

Por su parte, la Comisión Europea promovió en el año 1993 una encuesta dirigida a todos los Estados miembros con la finalidad de determinar el papel de las asociaciones y fundaciones (Comisión Europea, 1997). En su informe de resultados se reconoció su contribución social (por la función que desempeñan en el desarrollo de ideas políticas y sociales), política (al fortalecer el sentimiento de ciudadanía) y económica (al ser un sector capaz de crear nuevas oportunidades que contribuyen no sólo a mejorar la calidad de vida sino también al empleo y crecimiento económico). Entre las limitaciones que se muestran en este sector se mencionan: *a*) el hecho de estar sometidas a grandes presiones en un entorno que cambia de forma continua; *b*) el desconocimiento, por parte de los responsables políticos, del funcionamiento, las necesidades y las expectativas del sector, que viene acompañado por la ausencia de un marco coherente de política pública que asegure una mejor posición en su contribución por el bienestar; y *c*) otros problemas relacionados con la dependencia de los fondos europeos, dificultades para encontrar otras entidades para colaborar en proyectos conjuntos, escasa representatividad de ciertas organizaciones o inexistencia de formación adecuada.

Por último, diversos estudios realizados en el territorio español han puesto de manifiesto que estas entidades privadas sin ánimo de lucro representan hoy por hoy un sector dependiente de la Administración muy heterogéneo, compuesto por organizaciones muy pequeñas de las que se tiene poca información y la disponible suele ser irrelevante y poco contrastada (véase al respecto Aguiar, 1995; Álvarez de Mon *et al.*, 1998). Esta situación ha llevado a que cada vez estén más presionadas por sus donantes y por la sociedad en su conjunto para que, al igual que la Administración, rindan cuentas de su actuación (responsabilidad social). Ante esta demanda, las organizaciones se enfrentan al reto de introducir mecanismos de evaluación que permitan valorar su acción en el marco de su colaboración con la Administración y faciliten los procesos de aprendizaje que contribuyan al cambio organizacional, esto es, la transferencia del conocimiento que proporciona la evaluación a las particularidades de la organización convirtiéndolas en agentes de su propio cambio (Herrera, León y Medina, 2006).

En fin, hay una necesidad de fomentar una cultura de gestión de las organizaciones basada en la calidad, la eficacia y la eficiencia, puesto que de ello depende, en gran medida, el éxito de los programas.

2.2.3. El agente de cambio

El agente de cambio es aquella persona que construye las relaciones y acciones con la comunidad con vistas a ayudar a que sus miembros se responsabilicen de sus procesos de cambio. Entendemos, pues, que las intervenciones dependen, en última instancia, de la manera en que se fomenta esa dinámica social con los futuros participantes de una intervención, lo que nos obliga considerar el rol que ejerce el profesional en la resolución de los problemas sociales y en particular sus habilidades y destrezas.

No cabe duda de que, independientemente del rol que pueda asumir el agente de cambio ya sea como científico, experto, asesor, mentor o promotor del cambio, su trabajo se desarrolla en el marco de las relaciones que

establece con las personas con las que trabaja. Esto significa, entre otras cosas, tener la capacidad de reconocer qué es lo que necesitan o quieren, y al mismo tiempo saber comunicar con claridad qué se espera de ellos (León, Gil, Medina y Cantero, 1998). En consecuencia, los esfuerzos de colaboración que establezca el *practicante o interventor o promotor* es crítico para el éxito y la integridad de un programa de intervención social. Todo lo cual exige que el agente de cambio domine un conjunto habilidades sociales y comunicativas que le permita crear una relación eficaz y satisfactoria con los participantes y con los propios compañeros.

Estas habilidades sociales y comunicativas pueden ser definidas como la *capacidad de ejecutar aquellas conductas aprendidas que cubren nuestras necesidades de comunicación interpersonal y/o responden a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva* (León y Medina, 1998, p. 15). Luego no estamos hablando de un conjunto de características que sólo las poseen aquellas personas que por su naturaleza son simpáticas y agradables; como cualquier otro tipo de comportamiento, esta conducta puede ser susceptible de aprendizaje. Por lo tanto, los programas de formación de los profesionales de la intervención deben contemplar, además de la preparación de los conocimientos y técnicas instrumentales propias de su perfil profesional, el aprendizaje de habilidades sociales tales como transmitir una información, dar consejo, manejar situaciones conflictivas, negociar, trabajar en equipo, etc.

Son muchas las ventajas que se derivan del aprendizaje de habilidades sociales para mantener relaciones eficaces en el trabajo, tanto para el profesional como para la organización en la que éste desarrolla su labor. León *et al.* (1998) señalan las siguientes:

- Cuando los usuarios aprecian que el profesional es amable y atento con ellos, se sienten más satisfechos y tienden a considerarlo competente para ayudarles a resolver sus problemas, lo que demuestran colaborando más y mejor.
- Una adecuada comunicación ayuda a evitar el estrés y las tensiones a las que se ve sometido el profesional cuando tiene que hacer frente a presiones grupales, manejar situaciones interpersonales conflictivas o coordinar sus esfuerzos con los de otros profesionales.
- Cuando los profesionales que trabajan de forma conjunta y coordinada poseen habilidades sociales, la cohesión y la competencia grupal son mayores, y ello facilita el trabajo en equipo y evita la aparición de conflictos.

Este rol que asume el agente de cambio y que sabe transmitirlo a la comunidad, deberá ejercerlo, además, desde la genuina comprensión y colaboración con los miembros pertenecientes a culturas diferentes a la suya. Esta **habilidad intercultural** (Gil, 1998, p. 198) que deberá adquirir el profesional abarca destrezas tales como *saber asumir las directrices (en lugar de atribuir similitudes), hacer énfasis en la descripción (en lugar de realizar valoraciones), desarrollar empatía (en lugar de imponer la visión propia), establecer un trato personalizado (en lugar de sobregeneralizar), fomentar una relación espontánea (en lugar de emplear estereotipos y prejuicios), y aceptar valores ajenos (frente a imponer los propios)*.

En suma, la adquisición de habilidades sociales y comunicativas provee a los profesionales de la intervención social y comunitaria de un recurso imprescindible para acometer de manera eficaz su trabajo, ya que éste transcurre a través de las relaciones sociales que mantiene con los participantes.

2.3. Parámetros de la implementación

A continuación, y como compendio de todo lo anterior, recogemos la ecuación de la implementación que propone Elias (Elias, 1994; Dalton, Elias y Wandersman, 2001) en la que se sintetizan los principales desafíos a los que deberá hacer frente el profesional que implementa un programa de intervención (Figura 8.3.). Según

esta ecuación, la praxis se refiere a la implementación del programa y se define en términos de niveles de desarrollo del programa (D), la historia de intervención o experiencias previas (H), y los factores situacionales preponderantes como la presencia de otros problemas relacionados (S). Esta praxis o implementación será más efectiva cuanto mayor es la fortaleza del programa de prevención/promoción; esto es, *a*) cuando el programa se fundamente en la teoría y en la práctica de intervención (cómo se han conducido experiencias previas y cuáles han sido sus resultados); *b*) cuando se base en principios de aprendizaje efectivos de los que se deriven estrategias y tácticas relevantes; *c*) cuando disponga de materiales de apoyo que realcen el aprendizaje y proporcionen a las personas algo que «llevar a casa» con ellos; *d*) cuando cuente con la disposición por parte de la organización y de sus miembros para introducir la innovación; *e*) cuando minimice las limitaciones en cuanto a escasez de recursos, historia negativa de experiencias previas, temporalidad de las actuaciones, etc., y finalmente, *f*) cuando cuente con el acceso a cierto tipo de recursos como los financieros, los conocimientos técnicos (pericia) y otras facilidades.

FIGURA 8.3. ECUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN (Elias, 1994; Dalton *et al.*, 2001)

$\text{Praxis D,H,S} = \frac{\text{Fundamentos} + \text{Teoría} + \text{Aprendizaje} + \text{Instrucción} + \text{Tácticas} + \text{Materiales} + \text{Contexto}}{\text{Restricciones} / \text{Recursos}}$

3. ESTRATEGIAS PARA ASEGURAR LA IMPLEMENTACIÓN

Cómo incrementar y consolidar la implementación efectiva de un programa ha sido una cuestión que ha tenido un desarrollo especial en las últimas décadas. En la literatura reciente podemos encontrar desde recomendaciones genéricas sobre cuáles son los pasos a seguir o las estrategias para la implementación de programas sociales y comunitarios, hasta experiencias concretas de implementación de programas como las que se recogen en los capítulos siguientes. En este apartado vamos a recopilar tales aportaciones señalando las tareas claves que pueden guiar la implementación y mejora continua de los programas. Para ello hemos considerado las fases de la implementación señaladas por Fixsen *et al.* (2005) ya comentadas en el epígrafe 1.2, basándonos, además, en los valores que son centrales en la intervención psicosocial los cuales constituyen los desafíos para la implementación de programas eficaces (ecología social, respeto a la diversidad humana, autodeterminación y participación, movilización de recursos y cambio sostenible). Como complemento a lo que proponemos, anexo al capítulo presentamos una Guía para la implementación de un programa de intervención.

Esta propuesta no puede quedar al margen de los otros dos elementos de la intervención (el diseño y la evaluación). Conscientes de ello, y dado que en los capítulos 2 y 15 se recogen buena parte de lo que tratamos aquí, nos limitaremos a recordar algunos aspectos del diseño y de la evaluación especialmente pertinentes a la hora de poner en marcha un programa de intervención, aquéllos que permiten la mejora de la implementación de los programas y la demostración de su eficacia.

3.1. Exploración y adopción

Como ya hemos señalado anteriormente, se inicia el trabajo con la indagación del problema y de los recursos ya existentes (exploración), a partir de ahí se negocian las metas, se examinan y seleccionan las estrategias más efectivas y se clarifica la intervención (adopción).

3.1.1. Definición del problema

Como señalan Rodríguez-Marín, Cañadas, García del Castillo y Mira en el Capítulo 2, *si el problema no se define correctamente, apenas tendremos oportunidades de diseñar una buena intervención*, por lo que se precisa una definición operativa del problema y su evaluación en el contexto en que se producen. Del mismo modo, si no se describe y analiza cómo se manifiesta el problema de manera particular en la comunidad donde se pretende llevar a cabo la intervención será difícil la implementación. Tomemos como ejemplo la propuesta de intervención psicosocial frente al VIH/SIDA de Silvia Ubillos (Capítulo 4). Si se pretende llevar a cabo un programa de prevención, en este caso se precisaría:

- Identificar las principales áreas problemáticas (relaciones sexuales de riesgo o conductas asociadas al consumo de drogas), y los grupos de personas más vulnerables (mujeres adolescentes que se encuentran fuera del marco escolar).
- Analizar los factores de riesgo y de protección que se encuentren especialmente asociados con el problema (percepción del riesgo, creencias de autoeficacia, emociones positivas o negativas, hábitos sexuales).
- Examinar el ambiente ecológico para determinar cómo afecta el problema considerando los distintos sistemas y la interdependencia de éstos (roles de género, relaciones de poder en la pareja, redes de apoyo social), y cómo los valores y tradiciones de la comunidad condicionan las creencias y conductas de salud (normas subjetivas con respecto al uso del preservativo).
- Indagar el problema desde las distintas perspectivas y visiones que presentan los distintos grupos involucrados concienciados sobre el problema (movilización comunitaria).

Recordamos que para recopilar esta información se requiere la combinación de distintas fuentes de información que abarcan: a) el análisis conceptual del problema desde la literatura de la investigación; b) la consulta a grupos clave de la comunidad a través de encuestas, entrevistas o técnicas de grupo (por ejemplo, grupos nominales, método Delphi, etc.). Estos grupos lo representan los jóvenes, las familias, las personas residentes en el barrio, líderes comunitarios, profesionales que trabajan en el barrio (docentes, sanitarios, fuerzas de seguridad, trabajadores sociales, etc.), y c) el acceso a registros que proporcionen datos estadísticos sobre el problema (datos registrados en centros de salud, juzgados, etc.) y a datos de archivo de otros programas y servicios existentes en la comunidad que atienden este colectivo. En este caso conviene acceder a fuentes locales y manejar datos relativamente recientes (Chinman, Imm y Wandersman, 2004).

Cuanto más completa sea la recopilación de esta información, mayor oportunidad habrá para la fijación de objetivos realistas más acordes a las necesidades detectadas, para el establecimiento de criterios para decidir sobre qué grupos se orientará la intervención, y para la obtención de datos que registren los cambios que se produzcan con el desarrollo del programa. Este tipo de información realista y ajustada al contexto de intervención facilitará que los grupos potenciales que puedan involucrarse en el desarrollo del programa se concienten sobre la necesidad de intervención y en consecuencia se puedan obtener los apoyos necesarios.

3.1.2. Análisis de recursos

Junto a la definición del problema es importante examinar los recursos y los apoyos existentes en la comunidad que podrían ayudar a aminorar las condiciones de riesgo o a potenciar los factores protectores.

En este sentido, conviene elaborar un mapa de recursos en el que se recojan los problemas de la comunidad (localización de puntos de venta de drogas, áreas de altos niveles de criminalidad) y los recursos disponibles (programas y servicios existentes que tratan con los problemas identificados). La identificación de tales recursos proporcionará información acerca de los problemas que ya están siendo tratados contra aquellos cuyas

necesidades aún no se han cubierto, evitando así que se dupliquen los esfuerzos. Junto con los programas o servicios, es útil identificar aquellas instituciones públicas o privadas que puedan brindar su apoyo al programa aportando fondos o facilitando espacios y otros materiales para la intervención. También los medios de comunicación locales (prensa, radio, televisión local) prestarían su apoyo para dar difusión del programa (recuérdese los principios de sucesión y recursos cíclicos). En este mapa se determinaría la localización, accesibilidad y cantidad de los recursos disponibles en la comunidad (Chinman *et al.*, 2004; Wandersman *et al.*, 2000).

3.1.3. Clarificación de metas y objetivos

Una vez determinada la necesidad de intervención y los recursos disponibles, es esencial especificar las metas del programa, la población objeto y los resultados deseados. Siguiendo la premisa de colaboración es preciso asegurar el acuerdo de los objetivos del programa entre todos los grupos implicados. Estos mismos grupos que previamente han discutido sobre el problema también pueden establecer los objetivos de una intervención o programa. Price y Lorion (1989) enfatizaron la importancia de centrarse en unos pocos objetivos descritos de manera sencilla y simple en el inicio de una intervención, aun cuando la implementación del programa sea en última instancia más compleja (cit. en Dalton *et al.*, 2001). Se trataría de articular y exponer esos objetivos de una forma clara y directa. Una vez que los objetivos son acordados, los participantes tendrán una orientación más encaminada a la toma de decisiones sobre la elección de los modelos, los detalles de implementación, la movilización de los recursos, la medición de los efectos del programa y la respuesta a las críticas (véase, por ejemplo, en el Capítulo 16 las actuaciones llevadas a cabo por el equipo para la formulación de los objetivos de los programas de acogimiento residencial y sus criterios de evaluación).

3.1.4. Búsqueda de programas/intervenciones efectivas

En esta fase buscamos los programas basados en la evidencia que respondan de manera más adecuada a las metas y objetivos identificados y negociados con la comunidad. Este tipo de programas suelen identificarse como las *mejores prácticas*, esto es, programas que han demostrado de manera consistente resultados positivos a través de rigurosas evaluaciones de procesos y resultados. Por ejemplo, el programa de educación sexual *Traza la Línea/Respeto la Línea* descrito por Marín, Coyle, Gardner y Larkin (Capítulo 10), recoge las lecciones aprendidas de los programas que han sido eficaces para la reducción de las conductas sexuales de riesgo (véase el Cuadro 10.1.). Para adoptar estas *mejores prácticas* es necesario determinar cómo encajan con las metas y objetivos establecidos y cómo se ajustan en el contexto de la comunidad. Para ello se recomienda (Chinman *et al.*, 2004; Wandersman *et al.* 2000):

1. Asegurarse que estos programas o mejores prácticas no sólo han mostrado ser eficaces, sino que lo han sido también en problemas y poblaciones destino similares.
2. Determinar su adecuación a la ecología social de la comunidad (los valores y las normas sociales, los factores demográficos, los patrones del comportamiento, la historia de la comunidad).
3. Examinar las características de las poblaciones en las que se ha demostrado que el programa ha sido eficaz y determinar hasta qué punto se comparan con las características de la población designada en la comunidad actual.
4. Determinar el grado en que el programa atiende las prioridades de los actores y grupos de interés, incluyendo a los patrocinadores, políticos, proveedores de servicios y participantes del programa.
5. Considerar cómo se complementa con otros programas similares para esta población específica y la comunidad en general. Por ejemplo, ¿en qué medida difiere el programa de los que ya se proveen en

la comunidad?; ¿atenderá necesidades no cubiertas por los programas existentes?; ¿atenderá a colectivos que otros programas no logran captar?; ¿interferirá o realzará los resultados de otros programas?

6. En caso de que sea necesario hacer modificaciones o adaptaciones, considerar el costo y la viabilidad de estas adaptaciones y modificaciones.

3.1.5. Clarificación de la intervención

Uno de los elementos más cruciales en la implementación de un programa es, sin duda, llevarlo a cabo con fidelidad; sin embargo, como ya hemos señalado, lo más probable es que se necesite ajustar el programa al contexto sociocultural y a la disponibilidad de la comunidad (la implementación del programa *Traza la Línea/Respetar la Línea* es un claro ejemplo). Para introducir estos cambios en el programa sería recomendable:

1. Mantener los principios de efectividad identificados en el programa original o, en su caso, en las lecciones aprendidas (componentes centrales). Ello aumentará la probabilidad de que se alcancen resultados similares a los alcanzados por el original.
2. Realizar las adaptaciones del programa teniendo en cuenta: *a*) las necesidades y los problemas detectados; *b*) el contexto actual de intervención (principios de interdependencia, recursos cíclicos, adaptación y sucesión); *c*) los factores culturales del colectivo que se atiende para determinar qué elementos de la estructura superficial y profunda del programa deben adaptarse, y *d*) los programas y servicios ya existentes en la comunidad con la finalidad de que las actuaciones que se deriven del programa queden integradas con las de otros programas que ya atiendan a este colectivo, evitando así que se dupliquen servicios.
3. Concretar las medidas y los métodos apropiados que permitan determinar la fidelidad de la puesta en práctica del programa (evaluación de la implementación) y estudiar los efectos del programa.
4. Trabajar en colaboración con la comunidad. Cuanto mayor sea la implicación y la participación de los colectivos involucrados de la comunidad, mayor será la probabilidad de lograr el sentido de propiedad lo que puede traer como consecuencia que éste perdure y se mantenga.
5. Disponer de un manual de implementación. El programa seleccionado puede incluir una serie de guías o instrucciones para poner en práctica cada una de las actividades contempladas y los materiales de apoyo. En función de los cambios que se operen con respecto al programa original se mantendrá dicho manual o se adaptará su contenido.

3.2. Instalación del programa

Una vez que se ha acordado y dispuesto el plan de acción se prosigue con el establecimiento de las condiciones de implementación que afectan tanto a la comunidad como a la organización que promueve la intervención.

3.2.1. Fortalecimiento de la comunidad

Es indiscutible que la comunidad es importante para la puesta en marcha de un programa. Las distintas experiencias de trabajo en la comunidad, como las descritas por Sol Yáñez en el Capítulo 14, han abordado la necesidad de que ésta se implique en el reconocimiento de sus necesidades y recursos, en la selección de las estrategias y servicios, en el seguimiento de las intervenciones y, finalmente, en el apoyo a la sostenibilidad de

la intervención. Estas experiencias han mostrado que la participación efectiva de la comunidad requiere de algunas condiciones y exige algunas actividades de entre las que cabe destacar las siguientes:

1. Identificar a los miembros de la comunidad y organizaciones comunitarias que puedan estar interesadas en colaborar. Además de fomentar la participación de las organizaciones comunitarias, otras personas influyentes (líderes políticos, religiosos, profesionales sanitarios de los centros de salud, educadores, etc.) pueden ayudar a obtener el respaldo necesario.
2. Determinar la disposición de la comunidad para comprometerse en la adopción de una intervención y fortalecer su capacidad para la implementación de las intervenciones. Con este fin, Edwards *et al.*, (2000) han elaborado un instrumento que identifica las distintas etapas por las que atraviesa la disposición de la comunidad; éstas van desde la falta de concienciación sobre el problema hasta la profesionalización en la respuesta comunitaria al problema. Según la fase en que se encuentre recomiendan una serie de estrategias para mejorar la preparación de la comunidad en la implementación de los programas.
3. Potenciar y coordinar la participación de la comunidad. Una alternativa sería el desarrollo de coaliciones, como por ejemplo un comité de solución del problema o agrupaciones que incluyan a entidades y miembros representativos de la comunidad y a futuros participantes. Siguiendo a Martínez y Martínez (2003) es importante de cara al desarrollo de coaliciones la consideración de los siguientes aspectos: la historia previa de la comunidad en la participación, la implicación del mayor número de miembros significativos de la comunidad (las personas que padecen el problema en cuestión, los cuidadores formales e informales, los líderes de opinión, los responsables políticos y todas aquellas personas interesadas en participar) y la formación de sus miembros para mejorar sus competencias. Por otra parte, se destaca la idoneidad de las mismas para el cambio social y comunitario por cuanto: *a)* permiten abordar un amplio rango de problemas comunitarios; *b)* proporcionan la flexibilidad y capacidad para adaptarse a los cambios; *c)* contribuyen al desarrollo del sentimiento de pertenencia y de procesos de *empowerment*; *d)* permiten adoptar la perspectiva de la diversidad humana, y *e)* constituyen una plataforma para la promoción de soluciones innovadoras en los problemas sociales (Wolf, 2001, cit. en Martínez y Martínez, 2003, p. 254-255). En definitiva, contribuyen a superar las barreras que se interponen en el proceso de ejecución de una intervención, tal y como han podido comprobar con la evaluación de una experiencia concreta de constitución de una coalición comunitaria para la intervención con inmigrantes (Capítulo 17).

3.2.2. Establecimiento de la infraestructura organizacional

Se trata de disponer de los recursos y medios para que la organización o la coalición que acoge el programa pueda implementar y sostener la intervención. Para ello se requiere: *a)* el compromiso de la organización y de sus miembros para adoptar el programa; *b)* el establecimiento de roles y funciones claramente definidos con un liderazgo fuerte; *c)* personal con dedicación al programa, o, en su caso, un plan para la selección de personal, así como la formación y experiencia apropiadas, o un plan de formación para cubrir aquellas áreas deficitarias; *e)* los recursos materiales y financieros necesarios, o un plan para obtenerlos, y *f)* el establecimiento de conexiones con otras organizaciones de la comunidad. En definitiva, en la medida de lo posible, los programas deben desarrollarse en instituciones capacitadas para su implementación. A este respecto conviene destacar las siguientes estrategias:

Asegurar la conexión de los objetivos del programa con los fines y metas de la organización que acoge la intervención

Como señalan Dalton *et al.* (2001) es improbable que una organización (asociación, escuela, lugar de trabajo) adopte una iniciativa de prevención/promoción a menos que sus miembros puedan establecer una clara relación

entre los propósitos de la iniciativa con la misión de la organización. Por ello, es fundamental considerar la filosofía, los valores y las estrategias de la organización y comprobar si éstos son compatibles con los objetivos de la intervención. Por ejemplo, un programa de educación sexual en las escuelas dirigido a menores de 13 años no podría llevarse a cabo en una escuela que no admite la adaptación de los contenidos del Currículum para esta edad (véase el Capítulo 10). En este sentido, para que se acepte y apoye la intervención se requiere:

- Examinar los valores y filosofías subyacentes a la entidad a través de sus planes o estrategias de actuación.
- Analizar los objetivos y las actividades claves del programa para determinar en qué medida son consistentes con los valores básicos de la organización y, en su caso, precisar las modificaciones y adaptaciones necesarias.
- Potenciar un liderazgo comprometido con estos valores o, en su caso, que sean capaces de reorientarlos para que sean compatibles con los fines y metas de la actuación.

Planificar la selección y formación de personal acorde a las características de la intervención

Como argumentan Fixsen *et al.* (2005), la selección del personal no suele ser discutida ni considerada en la evaluación de programas; sin embargo es un ingrediente clave de la implementación a todos los niveles.

La composición del equipo de intervención va a depender de varios factores. Primero, de las características de la intervención. En función de ellas va a requerirse que el personal cuente con la formación especializada (profesionales de la salud, justicia, administrativo...) y la práctica necesaria (años de experiencia en el campo específico de intervención). Después, de las necesidades y preferencias de los futuros participantes. Es posible que algunos colectivos prefieran trabajar con profesionales que compartan su idioma, religión o etnia. Va a depender también de los recursos disponibles. Si se disponen de los fondos suficientes se puede contar con personal remunerado, en caso contrario la ayuda del voluntariado sería esencial. Finalmente del tiempo de dedicación. Una intervención puede requerir que el personal se dedique por completo a su ejecución, mientras que algunas actividades pueden ser llevadas a cabo por profesionales sin necesidad de abandonar su actividad laboral (por ejemplo, el profesorado que colabora en programas de promoción de la salud).

Por su parte, la formación y la supervisión son también elementos clave de la implementación; con ello aseguramos la integridad o fidelidad del programa (Dane y Schneider, 1998). Dos aspectos de la formación debemos tener en cuenta: qué debemos entrenar y cuándo.

Por lo que respecta al *cuándo* de la formación, cabe señalar dos momentos: primero, una formación que se provee antes de iniciar la intervención. Mediante sesiones formativas organizadas se promoverán las competencias y las actitudes necesarias para asegurar que el programa se implementará de forma efectiva. Las acciones formativas deberán, entre otros aspectos: *a)* proveer información sobre los fundamentos teóricos del programa; *b)* entrenar las habilidades requeridas asegurando la práctica y el feedback de su aprendizaje y proporcionando la oportunidad para familiarizarse con los métodos y materiales del programa, y *c)* generar confianza, seguridad y apoyo al programa. Es útil y necesario contar con un manual de entrenamiento con una clara descripción de las actividades a realizar y toda aquella información que precise para solucionar los problemas que se generen durante la implementación. Segundo, una formación durante la implementación. La formación debe realizarse de manera permanente y contar con la supervisión de personas con experiencia en la implementación del programa. Es un tipo de asistencia que mediante sesiones adicionales (seminarios, reuniones, conferencias) o el contacto permanente (teléfono, correo electrónico, boletines, cartas, etc.) pretende mejorar las destrezas, proporcionar la ayuda necesaria para encarar aquellos problemas que ocurren durante el desarrollo del programa, tomar las decisiones sobre los cambios o reajustes del mismo, y contribuir a mantener la motivación de los agentes de cambio.

Con respecto al *qué*, éste variará de acuerdo a la naturaleza y objetivos de la intervención. Por un lado, cada programa requerirá el dominio de una serie de conocimientos y técnicas que son específicas para llevar a cabo las estrategias de intervención necesarias. Véanse, por ejemplo, la formación específica que reciben los profesionales que participan en el programa de visitas al hogar para el periodo prenatal y de la primera infancia (Capítulo 11) o los entrenadores deportivos para que éstos pudieran llevar a cabo la intervención en sus respectivos equipos (Capítulo 5). Por otro lado, de forma independiente del ámbito en que se interviene, se podrá entrenar en habilidades y destrezas comunicativas para que estos profesionales puedan afrontar con eficacia las relaciones interpersonales. Entre estas habilidades podemos mencionar: habilidades de dirección y liderazgo, habilidades sociales para mantener una relación satisfactoria y eficaz con el usuario (por ejemplo, habilidades orientadas a la realización de entrevistas, habilidades para transmitir información y persuadir, habilidades asertivas, habilidades para negociar, habilidades para afrontar situaciones conflictivas), habilidades para dotar al usuario con determinadas capacidades y habilidades interculturales (para una revisión de los contenidos y de los procedimientos de instrucción y entrenamiento en habilidades sociales véase Gil y León, 1998).

Establecer planes para la financiación a largo plazo del programa

El programa puede contar con cierto tipo de recursos monetarios, ya sean externos o internos, para su implementación; pero ¿qué sucede cuando los fondos se acaban? ¿Qué hay de los recursos para su mantenimiento posterior? Si se ha demostrado que el programa es eficaz es posible que sea más fácil su apoyo, pero la financiación del programa no dependerá de su capacidad para demostrar que es útil y eficaz para resolver los problemas; dependerá también de las políticas presupuestarias y de los recortes eventuales. Conviene pues contemplar y contactar con fuentes financieras potenciales antes de que finalice el programa.

Existen varias acciones para garantizar los recursos financieros del programa, entre ellas: *a)* disponer de un equipo asesor encargado de la financiación del programa; *b)* preparar una lista de las entidades y de particulares que pueden financiar el programa; *c)* considerar también otras fuentes o posibilidades de financiación, además de las directamente relacionadas con el campo de intervención; por ejemplo, casas de seguros o la comercialización de productos (*merchandising*); *d)* disponer de vías alternativas a la financiación económica; por ejemplo, el trabajo del voluntariado puede ser una posibilidad, y *e)* llevar a cabo acciones para mantener la financiación, tales como informar a los que financian el programa de manera continuada sobre las actividades, los éxitos y los progresos de la financiación; demostrar que el proyecto se ajusta a los planes de política social o, en su caso, a los valores e ideologías de los donantes, y realizar un análisis de coste-eficacia para informar de manera sistemática sobre los méritos del programa.

3.3. Implementación inicial y funcionamiento completo

Dos cuestiones claves con respecto a la puesta en marcha del programa: comenzar con pocos objetivos asegurando la implementación de los principios y componentes centrales del programa, y secuenciar la intervención a través de los distintos sistemas sociales.

En la fase inicial conviene, en primer lugar, asegurar los principios y elementos centrales del programa para replicarlos de la manera más fiel posible. Para ello conviene realizar un estudio piloto de la propuesta inicial con el objeto de llevar a cabo un análisis cuidadoso de sus efectos en el contexto actual de intervención y discutir (entre todos) la necesidad de modificar el programa. Carmen Pozo, Enrique Alonso y Sonia Hernández nos ofrecen en el Capítulo 3 un excelente ejemplo de investigación previa al diseño de intervención, de investigación para la intervención. Estas modificaciones se construyen sobre la base de un proceso de Investigación-Acción en el que se monitorean los procedimientos de la puesta en práctica, se

evalúan los resultados, se proporciona feedback al contexto y se analizan y discuten los reajustes y adaptaciones del programa. Por otra parte, como señalan Marín, Coyle, Gardner y Larkin en el Capítulo 10, la realización de un estudio piloto posibilita que los agentes que ejecuten el programa (en este caso los educadores) se familiaricen con el contenido y los materiales antes de que se inicie propiamente la intervención. En definitiva, como puede apreciarse, esta fase comienza desde el primer momento en que se decide adoptar un programa basado en la evidencia y, por tanto, sirve para precisar las adaptaciones del programa (clarificación de la intervención) y disponer de los medios y recursos necesarios (infraestructura organizacional).

Una vez consideradas las adaptaciones al contexto de intervención y teniendo en cuenta que las intervenciones comunitarias complejas requieren múltiples actuaciones en los distintos niveles (individual, interpersonal, organizacional, comunitario y macro político), conviene implementar los distintos componentes del programa de manera secuencial. Una forma de hacerlo sería partir desde el fin último de la intervención y considerar las condiciones y estrategias previas que se requieren para llegar a esta meta (Goodman, 2000). Por ejemplo, si se quiere reducir la incidencia de la violencia entre iguales, será necesario contar con la implicación de las familias (interpersonal), y para ello es necesario instruir las y apoyarlas para que proporcionen un cuidado más competente y un entorno familiar positivo. Este apoyo provendrá de las organizaciones o servicios que deberán encargarse del asesoramiento y la formación (nivel organizacional). La presencia de estas organizaciones y servicios dependerá, a su vez, del apoyo y la concienciación del problema en la comunidad (nivel comunitario) y de las acciones políticas de financiación y de sensibilización sobre el problema (nivel macro-político). Así pues, la intervención en un determinado nivel dependerá de las condiciones presentes en un nivel superior. Dada la dinámica cambiante de la comunidad estas condiciones requieren su examen de manera regular para refinar y ajustar las estrategias del programa.

3.4. Innovación

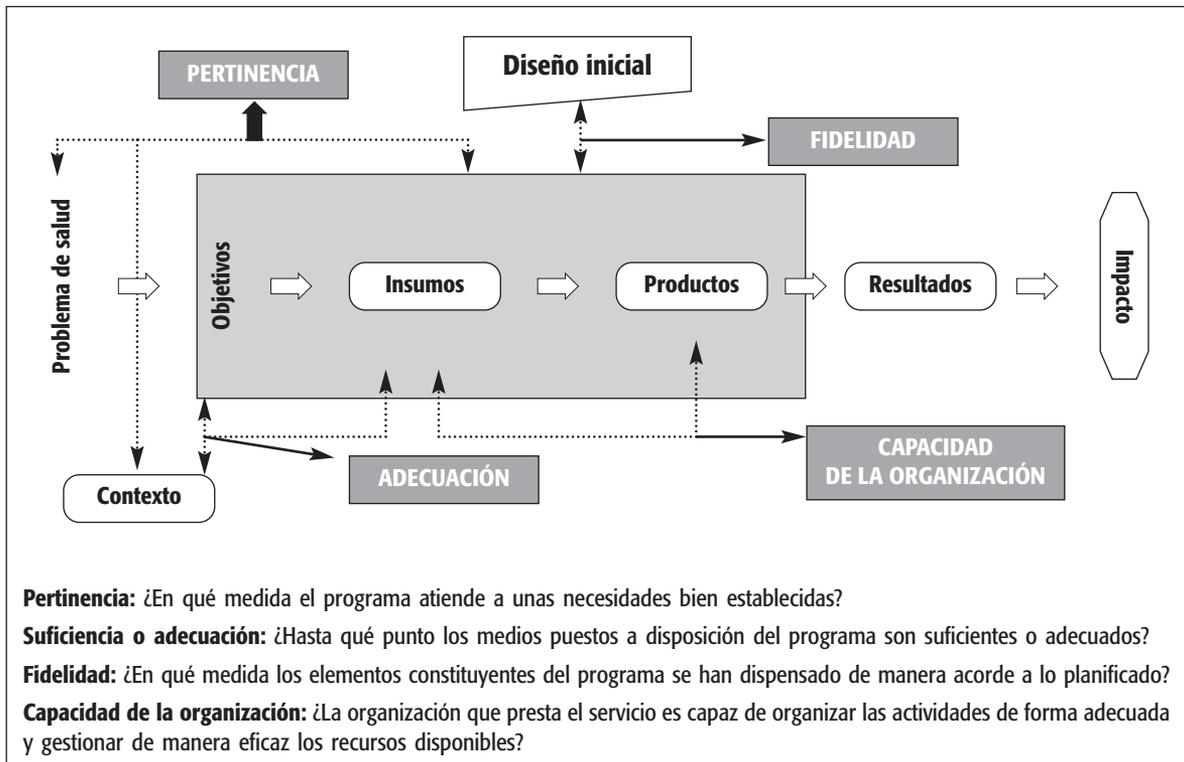
El valor de un programa de intervención reside en la medida en que éste sea capaz de adecuarse a las nuevas y diferentes circunstancias en las que tiene lugar la intervención. Para ello es necesario introducir mecanismos que impulsen el aprendizaje y la mejora continua. Nos referimos, en este caso, a la evaluación, entendiéndose por tal como el proceso de adquisición de conocimiento sobre el valor de un programa y la transferencia de dicho conocimiento a la resolución de los problemas sociales.

Desde esta perspectiva, y dado que se abundará en ello en el Capítulo 15, señalamos a continuación una serie de indicaciones generales que pueden guiar las decisiones que adoptemos con respecto a cómo conducir la intervención. Si consideramos que ésta va a depender, en última instancia de los propósitos de la evaluación, nos centraremos en dos fundamentales: servir de guía para la mejora del programa durante su implementación (evaluación de procesos), y decidir la continuación del programa conocidos sus efectos (evaluación de resultados).

Evaluación de procesos

La evaluación centrada en los procesos es aquella que tiene como propósito fundamental el aprendizaje y la mejora continua de la intervención. Se basa en el seguimiento y la evaluación de las distintas operaciones del programa a fin de identificar las fortalezas y debilidades para proporcionar feedback útil para su mejora. Además, permitirá explicar los resultados obtenidos tras la intervención, esto es, comprender cómo y bajo qué condiciones un programa ha podido tener éxito o fracasar (sobre el fracaso, véase el Capítulo 19). En la Figura 8.4 se ilustran los diferentes juicios de valor de procesos tomando como referencia los diferentes componentes que conforman la teoría del programa.

FIGURA 8.4. JUICIOS DE VALOR EN EVALUACIONES DE PROCESOS



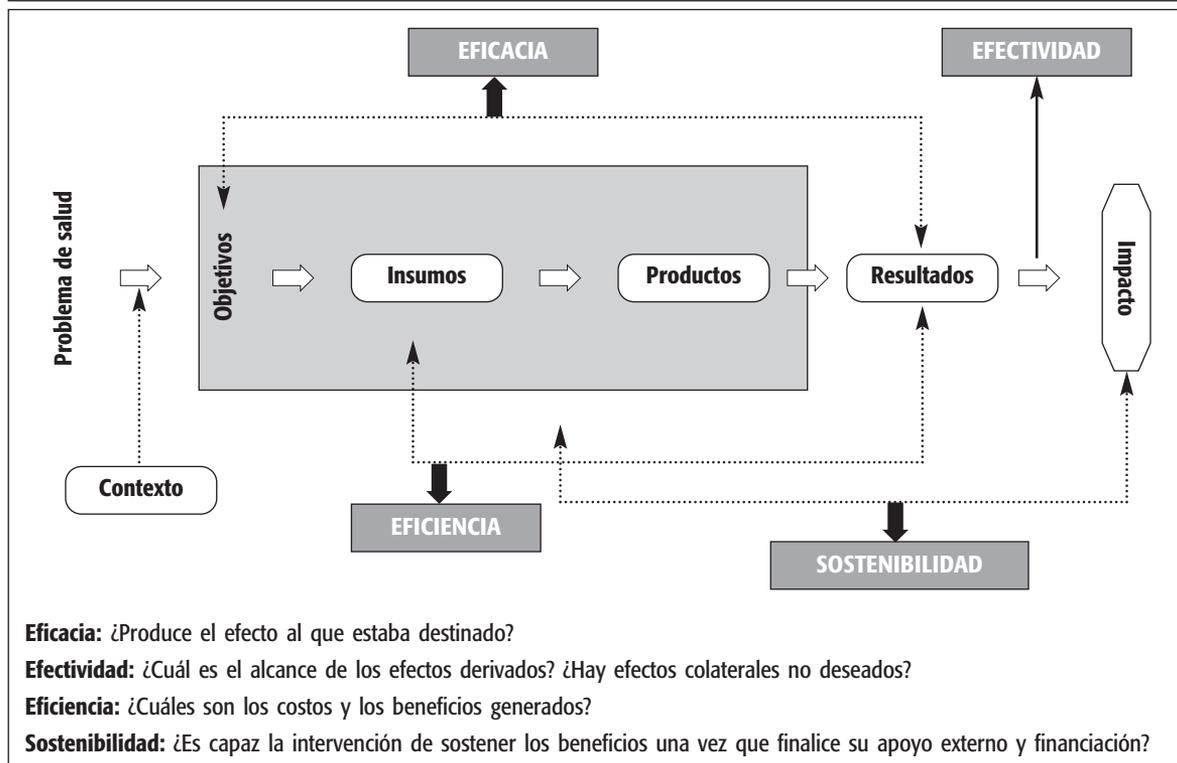
A diferencia de la evaluación de resultados, este tipo de evaluaciones tiene un carácter formativo y es indispensable la participación de todos los grupos implicados en la puesta en marcha del programa. Esta participación tiene claros efectos sobre el apoyo prestado al programa ejerciendo una influencia directa en la toma de decisiones y en la resolución de los problemas.

Evaluación del éxito de la intervención

Las evaluaciones que pueden encuadrarse dentro de este propósito son aquellas que pretenden determinar si el programa ha logrado o no una mejoría entre los participantes en aquellos aspectos en los que se ha intervenido. Se pretende obtener información sobre su eficacia, eficiencia o efectividad que sirva para tomar una decisión acerca de la planificación futura. Esto significa eliminar aquellas acciones que se han comprobado ineficaces o implantar aquellas que sí han demostrado su eficacia. Al igual que en el punto anterior resumimos en la Figura 8.5 los distintos juicios sobre los que determinar el valor o mérito de un programa de intervención.

Este tipo de evaluaciones, sustentadas en el rigor metodológico como criterio de calidad, requiere la objetividad e independencia del evaluador; sobre él recae toda la responsabilidad del proceso de evaluación. Al asumir los estándares de objetividad e independencia, se apuesta porque la información que aporta la evaluación sea relevante para la elección y adopción de las mejores soluciones, aunque puedan coexistir otras influencias no intencionadas, en cuyo caso la evaluación, además de servir para mejorar la eficacia de un programa, podría ser útil para otras funciones latentes, tales como incrementar la visibilidad del programa ante la comunidad.

FIGURA 8.5. JUICIOS DE VALOR EN EVALUACIONES DE RESULTADOS



Por último, en lo que concierne a la metodología de evaluación, entendemos que todas las opciones son legítimas en la medida en que satisfacen las necesidades a las que se enfrenta el evaluador (Herrera, León y Medina, 2005) que están sujetas a lo que necesiten saber quienes demandan la evaluación y lo que el evaluador considere más pertinente, dadas las particularidades que presente el objeto de evaluación (Patton, 1997). Estas particularidades tienen una estrecha relación con el nivel de implementación del programa. Así, en los primeros momentos, cuando se conoce poco sobre el problema y sus soluciones, es muy conveniente descubrir y describir las peculiaridades del programa (por ejemplo, a través de estudios de casos). Cuando un programa está lo suficientemente implantado a nivel local como para poder rendir cuentas de su eficacia, la evaluación precisaría de la explicación causal o probabilística (diseños experimentales, cuasiexperimentales o correlacionales). Si lo que se precisa es conocer los efectos diferenciales de programas semejantes en distintos contextos para asegurar la continuación de una determinada estrategia política, la evaluación debería permitir extraer conclusiones generalizables (sería el caso de la síntesis de la investigación o meta-análisis). Por último, si lo que se pretende es ir más allá del impacto del programa para considerar el valor de las diversas alternativas que se nos presentan para la resolución de los problemas sociales, las evaluaciones deberían ser de naturaleza interpretativa empleando para ello el método hermenéutico.

3.5. Mantenimiento

Una vez que el programa ha demostrado que es efectivo, o que puede serlo con las modificaciones pertinentes, entonces vale la pena todos los esfuerzos para hacer sostenible su impacto en la comunidad. Esta fase, también

etiquetada como institucionalización, rutina, durabilidad o sostenimiento del programa, se refiere *al grado en el que el programa o la innovación empieza a ser aceptado por la organización y comienza a ser parte integral de los procedimientos estándares de operación* (Mayer y Davidson, 2000, p. 427).

Estos esfuerzos deben comenzar desde el mismo momento en que se inicia su implementación. Tomando en consideración la literatura especializada, señalamos aquellos factores que permitirán asegurar la sostenibilidad del programa:

Calidad del programa. Un programa será más sostenible en la medida en que evalúa las necesidades, formula los objetivos y metas acordes a las mismas, cuenta con personal capacitado y con los recursos necesarios, dispone de datos que registren los éxitos del programa y la implementación del mismo y cuenta con los procedimientos para incorporar las adaptaciones que precise y los planes de mejora. El Listado de Cuestiones Relevantes en Evaluación de Programas, de Fernández-Ballesteros y Hernández (1996), es un instrumento que permite valorar estos aspectos.

Sentido de propiedad del programa. Los programas que disponen de la ayuda e implicación de la comunidad tendrán más éxito de cara a la aceptación de su continuidad del programa y la obtención de recursos adicionales.

Apoyo del programa. La permanencia de un programa también puede depender del apoyo de personas influyentes. Éstas pueden pertenecer a la organización (miembro de alto rango en la organización) o ser ajenas a ella (responsables políticos, líderes comunitarios etc.). En el caso del programa de educación sexual *Traza la Línea/Respetar la Línea* (Capítulo 10), el apoyo de los Consejos Escolares fue decisivo para la continuación del programa.

Cambio político. Los cambios políticos deben contribuir para que los esfuerzos de prevención y promoción se proyecten a largo plazo y para que las actuaciones que muestran su eficacia no se circunscriban a la disponibilidad de recursos. En muchas ocasiones, el fortalecimiento de las comunidades puede inducir el cambio político necesario para que las intervenciones puedan sostenerse en el tiempo posibilitando, por ejemplo, la recuperación de la memoria histórica de una comunidad (véase el Capítulo 7).

Integración con otros programas y servicios existentes en la comunidad. Los programas que son «independientes» o autónomos tienen menos probabilidad de ser mantenidos que los programas que están bien integrados con otros programas y servicios de la comunidad. Los ejecutores de los programas deben, por tanto, dirigir sus esfuerzos a conectar con otros programas, servicios y entidades significativas de la comunidad. De esta manera se lograría maximizar los recursos y se evitaría la duplicación de recursos y servicios en la comunidad. Podemos mencionar, por ejemplo, la evaluación del Programa «La Casa» que evidenció una mayor y mejor difusión del servicio cuando éste se desarrolló en el contexto de un Plan de Prevención de Drogas a nivel de distrito. Después de esta etapa su demanda disminuyó de forma notable (Capítulo 9).

Relaciones externas con programas similares en otros contextos. El establecimiento de redes entre profesionales que trabajan en actuaciones similares proporciona oportunidades para compartir triunfos y frustraciones y sirve de soporte y apoyo social entre las personas que comparten experiencias comunes. En suma, las redes proporcionan una base para que las innovaciones sean más duraderas.

Difusión del programa. La difusión o diseminación es el proceso de comunicación de las actuaciones del programa y de las lecciones aprendidas relevantes para las audiencias implicadas (véase epígrafe 2.9 del Capítulo 2). Es indispensable utilizar distintos canales de diseminación para facilitar el aprendizaje e intercambiar experiencias (foros, publicaciones en revistas científicas, notas de prensa, informes de resultados, etc.). Con ello se garantizan también los ansiados recursos que se requieren para hacer sostenible la intervención.

4. CONCLUSIONES

Hemos iniciado el capítulo apuntando las dificultades que se nos pueden presentar cuando pretendemos llevar a la práctica un programa de intervención y las consecuencias que pueden derivarse si no somos capaces de solventarlas. Sin lugar a dudas, la principal dificultad, y de la que se derivan todas las demás, radica en tratar de implementar un programa siendo fiel a su diseño original y, a la vez, adaptarlo a la realidad social en la que se interviene. Ciertamente, la implementación de un programa no se refiere sólo a su fiel ejecución en un determinado escenario de intervención; va a requerir, además, la identificación y comprensión de la dinámica y los procesos que tienen lugar entre los individuos, grupos o comunidades que conforman ese escenario a fin de orientar y precisar los reajustes que requiera el programa original si se quiere realmente cubrir las necesidades de los colectivos destinatarios.

En primer lugar, implementar supone fidelidad al diseño en cuanto que será necesario respetar los componentes centrales de la intervención indispensables para mantener la calidad y eficacia del programa. Para poder identificar estos componentes será necesario que el programa se fundamente en una teoría de intervención, esto es, un conjunto de asunciones y mecanismos que señalen cómo y por qué se supone que el programa logrará los cambios intencionados en la comunidad.

En segundo lugar, la implementación va a suponer también un proceso de adaptación a las condiciones particulares y cambiantes del contexto. Éstos tienen que ver con: *a)* la ecología social de la comunidad; esto es, con las transacciones entre los individuos y sus sistemas sociales, con los recursos cíclicos disponibles, con las conductas específicas de los individuos que se manifiestan en un contexto en particular, y con la historia de adaptación de la comunidad con su entorno; *b)* con la motivación y la capacidad de acción de la comunidad y sus miembros para resolver los problemas que les afectan de manera directa y mejorar su calidad de vida; *c)* con la atención a las diferencias existentes entre los miembros de una comunidad debido a su raza, género, edad, estatus, discapacidad, orientación sexual, religión y otras formas de diversidad; *d)* con la constitución de la base organizacional o institucional desde donde se desarrollará dicha intervención para lo cual se requerirá una compatibilidad entre los fines de la organización y las metas del programa, así como una capacidad de gestión y de actuación para poder llevar a cabo las actuaciones precisas; y, finalmente *e)* con la relación que mantienen los agentes de cambio con la población destinataria pues, en última instancia, las intervenciones dependen de su capacidad para motivar y comprometer a la comunidad en los procesos de cambio por lo que las competencias adquiridas serán fundamentales para que estos profesionales puedan acometer de manera eficaz su trabajo.

Para superar todos estos desafíos ante la implementación hemos elaborado una propuesta cuyas estrategias se basan en el siguiente esquema:

1. *Exploración y adopción.* Mediante el análisis ecológico del problema tal y como se manifiesta y expresa en la comunidad objeto de la intervención así como de los recursos disponibles es necesario la especificación de las metas del programa en colaboración con la comunidad, la búsqueda y selección de los programas basados en la evidencia o las mejores prácticas que mejor se adecuen a las metas propuestas y el ajuste del programa seleccionado al nuevo contexto de intervención.
2. *Instalación del programa.* El establecimiento de las condiciones necesarias para llevar a cabo la implementación del programa pasan, por un lado, por la identificación, implicación y capacitación de los miembros o colectivos de la comunidad interesados en el problema y su solución y, por otro, por la disposición de la infraestructura organizacional que permita sostener la intervención considerando los fines de la organización y sus recursos.
3. *Implementación inicial y funcionamiento completo.* Asegurar desde un principio la implementación de los componentes centrales del programa y secuenciar la intervención a través de los distintos sistemas sociales.

4. *Innovación.* La incorporación de los cambios necesarios en el programa atendiendo a la información proporcionada en los distintos momentos en que se lleva a cabo la evaluación.
5. *Mantenimiento o el sostenimiento del programa* una vez que finalice su apoyo externo o su financiación. Este último es uno de los aspectos más cruciales en un contexto en el que son muchas las ayudas y los apoyos para iniciar intervenciones sobre la comunidad y pocas las que se promueven para sostener más a largo plazo aquellas actuaciones que han logrado un significativo impacto en la comunidad.

En definitiva, no es posible concebir la implementación como un proceso lineal de actividades encaminadas a la resolución de problemas. Nada más lejos de la realidad. Entendida la intervención como un proceso complejo en el que como apuntan Blanco y Varela en el Capítulo 1, *las decisiones se basan en bucles de acción y retroalimentación evaluativa que constituye un verdadero proceso de acción-investigación*, la implementación ha de ser entendida como un proceso cíclico y continuo que involucra también diseño y evaluación a través del análisis del problema, la selección y adaptación al contexto de estrategias eficaces de intervención, el fortalecimiento de la comunidad y de la capacidad organizacional para la intervención, y el seguimiento y evaluación de la intervención para rendir información sobre su impacto en la población. Este bucle de acción y retroalimentación tiene por finalidad generar conocimiento sobre las transformaciones que se derivan de la intervención iniciando así un nuevo ciclo en el que se identifican nuevos problemas que servirán de base para el diseño de nuevas estrategias de intervención o las adaptaciones de aquellas que hayan logrado sostenerse en el tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, F. (1995). *Andalusian third sector in personal social services*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Alemán, C. y García, M. (1997). Política social e iniciativa social. En C. Alemán y J. Garcés. *Política social* (pp. 507-529). Madrid: McGraw-Hill.
- Álvarez de Mon, S., Martín, J. y Martínez, J. L. (1998). *El tercer sector: retos y propuestas para el próximo milenio*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Chen, H.T. (1990). *Theory-driven evaluations*. Newbury Park: Sage.
- Chinman, M., Imm, P. y Wandersman, A. (2004) *Getting to outcomes 2004: Promoting accountability through methods and tools for planning, implementation, and evaluation*. Santa Mónica, CA: RAND Corporation. Disponible en <http://www.rand.org>.
- Comisión Europea (1997). *Comunicación de la Comisión sobre el papel de las asociaciones y fundaciones en Europa*. COM (97). Disponible en: www.europa.eu.int/comm.
- Cortés, L., Hernán, M. J. y López, O. (1997). *Las Organizaciones de voluntariado en España*. Madrid: Plataforma para la Promoción del Voluntariado en España.
- Cottrell, L. S. (1976). The competent community. En B. H. Kaplan, R. N. Wilson y A. H. Leighton (Eds.). *Further explorations in social psychiatry* (pp. 195-209) New York, N.Y.: Basic Books.
- Dalton, J. H., Elias M. J. y Wandersman, A. (2001). *Community psychology. Linking individuals and communities*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Dane, A. V. y Schneider, B. H. (1998) Program integrity in primary and early secondary prevention: Are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review*, 18, 23-45.
- De la Riva, F. (1993). Apuntes para la incorporación de la iniciativa social. *Intervención Psicosocial*, 5, 33-41.
- Domitrovich, C. E. y Greenberg, M. T. (2000). The study of implementation: Current findings from effective programs that prevent mental disorders in school-aged children. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 11, 193-221.
- Edwards, R. W., Jumper-Thurman P., Plested, B. A., Oetting E. R. y Swanson, L. (2000). Community readiness: research to practice. *Journal of Community Psychology*, 28, 291-307.
- Elias, M. J. (1994). Capturing excellence in applied settings: A participant conceptualizer and praxis explicator role for community psychologist. *American Journal of Community Psychology*, 22, 293-318.
- Fairweather, G. W. y Davidson, W. S. (1986). *An introduction to community experimentation: Theory methods and practice*. New York: McGraw-Hill.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Evaluación de programas: Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis Psicológica.
- Fernández-Ballesteros, R. y Hernández, J. M. (1996). Listado de Cuestiones Relevantes en Evaluación de Programas (LCREP). En R. Fernández-Ballesteros. *Evaluación de programas: Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud* (p. 339-352). Madrid: Síntesis Psicológica.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. y Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida.
- Gil, F. (1998). *Habilidades sociales en el trabajo y en las organizaciones*. En F. Gil y J.M. León. *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención* (p. 187-200). Madrid: Síntesis Psicología.
- Gil, F. y León, J. M. (1998). *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Goodman, R. M. (2000). Bridging the gap in effective program implementation: from concept to application. *Journal of Community Psychology*, 28 (3), 309-321.
- Goodman, R. M., Speers, M. A., McLeroy, K., Fawcett, S., Kegler, M., Parker, E., Rathgeb-Smith, S., Sterling, T. D. y Wallerstein, N. (1998) An attempt to identify and define the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Education and Behaviour*, 25, 258-278.

- Grembowski, D. (2001). *The practice of Health Program Evaluation*. Thousand Oaks: Sage.
- Heller, K. (1989). The return to community. *American Journal of Community Psychology*, 17, 1-16.
- Herrera, I. M., León, J. M. y Medina, S. (2005) A pragmatic guideline for evaluation of social intervention. *Spanish Journal of Psychology*, 8, 21-29.
- Herrera, I. M., León, J. M. y Medina, S. (2006). Necesidades de evaluación de las organizaciones sociales. *Intervención Psicosocial*, 15, 65-79.
- Iscove, I. (1974). Community psychology and the competent community. *American Psychologist*, 29, 607-613.
- Kelly, J. G. (1966). Ecological constraints on mental health services. *American Psychologist*, 21, 535-539.
- Kelly, J. G. (1986) Context and process; an ecological view of the interdependence of practice and research. *American Journal of Community Psychology*, 14, 581-589.
- Kelly, J. G., Ryan, A. M., Altman, B. E. y Stelzner, S. P. (2000). Understanding and changing social systems. An ecological view. En J. Rappaport y E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology* (pp. 133-159). Nueva York, N.Y.: Kluwer Academic/Plenum.
- León, J. M., Gil, F., Medina, S. y Cantero, F. J. (1998). La formación del profesional de la intervención social y comunitaria en habilidades sociales. En F. Gil y J.M. León. *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención* (p. 113-131). Madrid: Síntesis.
- León, J. M. y Medina, S. (1998). Aproximación conceptual a las habilidades sociales. En F. Gil y J. M. León. *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención* (p. 13-23). Madrid: Síntesis.
- López-Cabanas, M. y Chacón, F. (1997). *Intervención psicosocial y servicios sociales. Un enfoque participativo*. Madrid: Síntesis.
- López-Cabanas, M. y Gallego, A. (1993). Análisis organizacional y propuestas de desarrollo en los servicios sociales comunitarios (p. 81-108). *III Jornadas de psicología de la intervención social del COP de Madrid (1991)*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Tomo 1.
- Marín, G. (1993). Defining culturally appropriate community interventions: Hispanics as a case study. *Journal of Community Psychology*, 21, 149-161.
- Marín, G. (1996). Consideraciones necesarias en el diseño de intervenciones culturalmente apropiadas en la promoción de la salud. En C. San Juan (Coord.), *Intervención Psicosocial. Elementos de programación y evaluación socialmente eficaces* (p. 36-45). Barcelona: Anthropos.
- Marín, G. y Marín, B. (1990). Perceived credibility of channels and sources of AIDS information among hispanics. *AIDS Education and Prevention*, 2, 156-163.
- Marín, G., Marín B, Pérez-Stable E. J., Sabogal F. y Otero-Sabogal R. (1990) Changes in information as a function of a culturally appropriate smoking cessation community intervention for Hispanics. *American Journal of Community Psychology* 18, 847-864.
- Martínez, M. F. y Martínez, J. (2003). Coaliciones comunitarias: una estrategia participativa para el cambio social. *Intervención Psicosocial*, 12, 251-267.
- Maya, I. (2004). Sentido de comunidad y potenciación comunitaria. *Apuntes de Psicología*, 22, 187-211.
- Mayer, J. P. y Davidson, W. S. (2000). Dissemination of innovation as social change. In J. Rappaport y E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology* (p. 421-438). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- McMillan, B. y Chavis, D. M. (1986). Sense of community: a definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14, 6-23.
- Medina, M. E. (1996). Evaluación de la calidad asistencial en servicios sociales. *Intervención Psicosocial. Revista sobre igualdad y calidad de vida*, 14, 23-42.
- Medina, M. E. (1997). Utilidad de la evaluación en los servicios sociales comunitarios. *Apuntes de Psicología*, 49-50, 127-151.
- Patton, M. Q. (1997). *Utilization-focused evaluation: The new century text*. Thousand Oaks: Sage.
- Quesada, S. (1990). Función de las organizaciones privadas de interés social en el campo de las políticas sociales: enfoque del Consejo de Europa. *Documentación Social*, 80, 220-227.

- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121-144.
- Resnicow, K., Soler, R., Braithwaite, R. L., Ahluwalia, J. S. y Butler, J. (2000). Cultural sensitivity in substance use prevention. *Journal of Community Psychology*, 28, 271-290.
- Rossi, P. H., Freeman, H. E. y Lipsey, M. W. (1999). *Evaluation. A systematic approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sánchez Vidal, A. (1996). *Psicología comunitaria: bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona. EUB.
- Sarason, S. B. (1974). *The psychological sense of community: prospects for a community psychology*. San Francisco: Jossey Bass.
- Taylor-Powell, E., Rossing, B. y Geran, J. (1998). Evaluating Collaboratives. Reading the potencial. Wisconsin: University of Wisconsin. Disponible en www1.uwex.edu/ces/pubs/.
- Wandersman, A., Imm, P., Chinman, M. y Kaftarian, S. 2000. Getting to outcomes: A results-based approach to accountability. *Evaluation and Program Planning*, 23, 389-395.
- Weiss, C. H. (1998). *Evaluation*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice Hall.
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23, 581-600.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizacional, and community level of analysis. En J. Rappaport y E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology* (p. 43-63). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum.

ANEXO: GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

FASE DE EXPLORACIÓN

1. Identifique el problema/necesidad en su comunidad.

Área problemática.

Grupos vulnerables.

Análisis del problema.

Factores de riesgo	Factores de protección	Personas/grupos afectados	Análisis del contexto ecológico (interrelaciones, historia de la comunidad, etc.)

Fuentes de información.

1. _____
2. _____
3. _____

Barreras en la identificación del problema o necesidad.

Barreras	Soluciones o medidas para superar las dificultades existentes

2. Analice los recursos y apoyos existentes en su comunidad.

Recursos específicos de atención.

Programa servicio o actividad	Localización	Factores de riesgo/protección que atienden	Población destinataria	Horario de atención	Recursos Humanos e infraestructura	Datos de efectividad

Recursos de apoyo al programa. Organizaciones y líderes comunitarios.

Organización	Persona de contacto	Localización	Tipo de colaboración (información, sensibilización, subvenciones o donaciones, recursos humanos, infraestructuras, etc.)

Barreras para la obtención de recursos.

Barreras	Soluciones o medidas para superar las dificultades existentes

3. Clarifique las metas y los objetivos.

Personas o grupos interesados en la intervención.

1. _____
2. _____
3. _____

Barreras para la elaboración de la teoría del programa.

Barreras	Soluciones o medidas para superar las dificultades existentes

FASE DE INSTALACIÓN

6. Identifique a los grupos involucrados en el programa y establezca las condiciones de su participación.

Personas y grupos claves.

Afectados por el problema	Interesados en las operaciones del programa	Interesados en financiar y apoyar la continuidad del programa	Interesados en la evaluación del programa	Interesados en la toma de decisiones

Coordinación de la participación.

Grupos participantes	Disponibilidad para la participación	Mecanismos de participación (coaliciones, agrupaciones, etc.)

Barreras para la participación.

Barreras	Soluciones o medidas para superar las dificultades existentes

7. Establezca la infraestructura organizacional.

Conexión de los objetivos con las metas de la organización.

Misión y valores de la organización	Conexión con los objetivos del programa	Ajustes

Recursos humanos.

Composición del Equipo								
Cargo	Tareas	Dedicación	Horario	Especialización	Experiencia	Competencias		
						Conocimientos	Habilidades y destrezas	Actitudes

Captación y selección		
Interno	Externo (contratado)	Externo (voluntariado)

Formación inicial.

Sesiones formativas	Objetivos	Contenidos	Destinatarios	Duración	Fecha

Formación continuada.

Finalidad:

- Seminarios
- Conferencias
- Foros de discusión
- Boletines
- Teléfono / email
- Otros _____

Recursos materiales y equipamiento.

	Disponibles en la comunidad/organización	Específicos del programa
Instalaciones		
Equipamiento		
Materiales		

Previsión de gastos e ingresos.

Gastos	
Recursos humanos	
Materiales	
Aportaciones económicas	
Imprevistos	
Total	
Ingresos	
Ingresos	
Subvenciones	
Donaciones	
Ingresos generados por la actividad	
Otros	
Total	

Actuaciones para la captación de fondos.

- Participación en convocatorias de ayudas
- Campañas de publicidad
- Patrocinios
- Comercialización de productos
- Voluntariado
- Captación de socios
- Otros _____

Barreras relacionadas con la capacidad organizativa para la implementación.

Barreras	Soluciones o medidas para superar las dificultades existentes

FASE DE IMPLEMENTACIÓN: INICIAL Y FUNCIONAMIENTO COMPLETO

8. Realice un estudio piloto.

Objetivo.

Componentes implantados del programa original.

Recursos.

Cronograma.

Evaluación.

Lecciones aprendidas.

9. Secuencie la puesta en práctica de los distintos componentes del programa.

Cronograma					
Actuaciones	1.º	2.º	3.º	4.º	5.º
Nivel individual					
1.					
2.					
3.					
Nivel interpersonal					
1.					
2.					
3.					
Nivel organizacional					
1.					
2.					
3.					
Nivel comunitario					
1.					
2.					
3.					
Nivel macro					
1.					
2.					
3.					

FASE DE INNOVACIÓN

10. Realice la evaluación de la intervención.

Cuestiones de evaluación	Indicadores	Fuentes de información	Métodos de recogida de datos	Cronograma	Implicados	Uso de la evaluación

A quiénes	Cuándo/dónde/cómo se presenta

Barreras para la evaluación.

Barreras	Soluciones o medidas para superar las dificultades existentes

11. Introduzca las mejoras.

Lecciones aprendidas			
	Fortalezas	Debilidades	Mejoras
Identificación del problema/necesidades			
Recursos y apoyo			
Teoría del programa			
Participación comunitaria			
Capacidad organizativa			
Seguimiento y evaluación			

FASE DE MANTENIMIENTO

12. Revise los esfuerzos para hacer sostenible la intervención.

Factores	Actuaciones para el mantenimiento
Contexto socio-político	
Calidad del programa	
Aceptación del programa	
Colaboración y apoyo	
Integración con otros programas o servicios existentes en la comunidad	
Relaciones del programa con otros similares en otras comunidades	
Difusión del programa	

Esa tarde perdimos el sentido. La masacre de Xamán. Experiencias de acompañamiento y trabajo en salud mental

Carlos Martín Beristain
María Luisa Cabrera

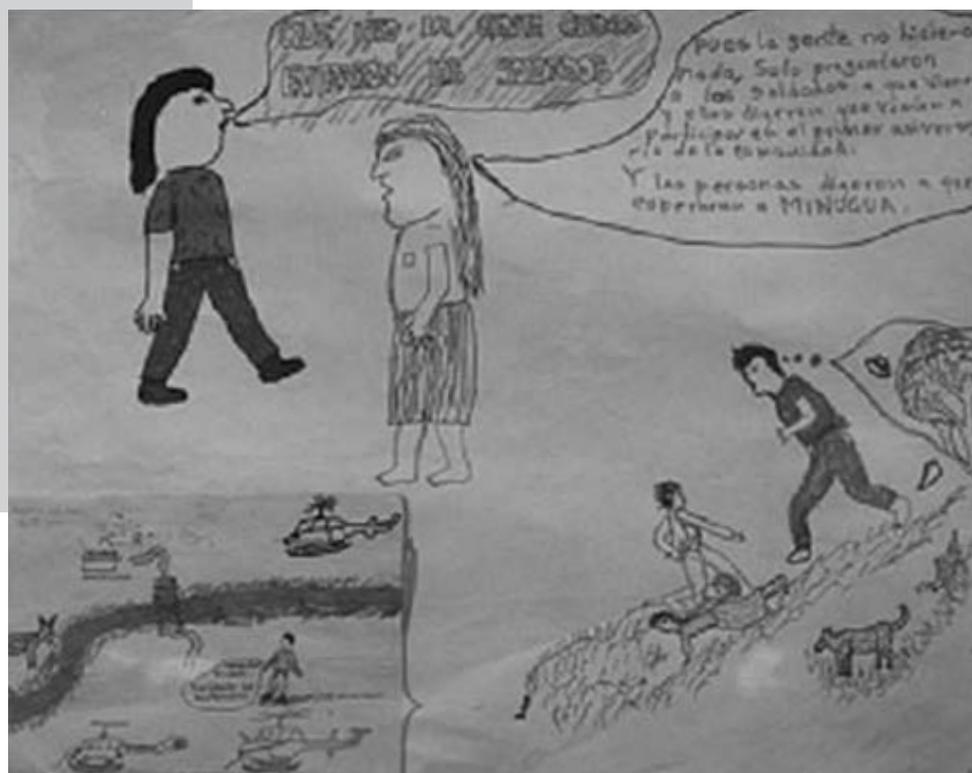
–¿Qué hizo la gente cuando entraron los soldados?

–Pues la gente no hicieron nada.

Preguntaron a los soldados a qué vienen, y ellos dijeron que venían a participar en el primer aniversario de la comunidad.

Y las personas dijeron a que esperaran a MINUGUA.

(Transcripción de los textos de la ilustración.)



COMPENDIO DEL CAPÍTULO

Este capítulo, que se complementa de manera especial con la propuesta de intervención que se nos ha hecho en el Capítulo 7, presenta la experiencia de trabajo comunitario en salud mental en la Comunidad Aurora 8 de octubre después de la masacre sufrida el 5 de octubre de 1995 a manos de una patrulla militar del ejército de Guatemala. Su objetivo se centra en ofrecer los elementos necesarios para comprender el impacto traumático de hechos de violencia colectiva y compartir nuestra experiencia en el apoyo a las familias y comunidades afectadas, incluyendo una metodología de trabajo comunitario. Todo ello lo hacemos a lo largo de los siguientes epígrafes:

1. La Comunidad «Aurora 8 de Octubre»
 2. La masacre y sus consecuencias
 3. Los días del dolor: etapas del impacto y lucha de la comunidad
 4. El proceso de duelo: problemas y respuestas de la comunidad
 5. El trabajo de salud mental
 6. Apoyo y acompañamiento psicosocial en el proceso judicial
 7. Conclusiones
-

1. LA COMUNIDAD «AURORA 8 DE OCTUBRE»

La comunidad Aurora 8 Octubre, asentada en la Finca Xamán, Alta Verapaz (Guatemala), se constituyó el 8 de octubre 1994. Estaba formada por 256 familias; la mayor parte provenían de otras comunidades de retornados; otras eran familias de antiguos ocupantes ilegales de la Finca Xamán (Ixcamán) asentados allí cuando llegaron los retornados. Todos participaron en la formación de la Cooperativa Unión Maya, base productiva de su proyecto comunitario. Esta comunidad, diversa en procedencias, es también rica en etnias y culturas: la mayoría (58,28 por ciento) es q'eqchí; el resto (41,72 por ciento) está formado por otras etnias mayas.

La comunidad, fundamentalmente constituida por población maya huida a México a causa de las masacres perpetradas por el ejército a comienzos de la década de los 80, de vuelta a Guatemala traía su propia historia de temor y de esperanza para la reintegración al país después de 12 años de exilio. En octubre de 1995, cuando estaban adelantándose las negociaciones para los Acuerdos de Paz, suscritos finalmente el 29 de diciembre de 1996, se perpetra una masacre a manos del ejército, lo que supuso un cuestionamiento del proceso y un enorme impacto en la población, especialmente en los retornados y refugiados.

Desde su instalación en la Finca Xamán como Comunidad Aurora, contaban con un programa de salud con apoyo y presencia continua de Médicos del Mundo - España (MdM-E) para atender tanto a su comunidad como a las poblaciones vecinas; a partir de la masacre, se incorporó un equipo de salud mental cuyo trabajo se prolongó durante más de un año en el que acompañamos a la gente en su lucha por enfrentar las consecuencias de la masacre y reconstruir su comunidad. Más adelante se acompañó a las víctimas y testigos en diferentes momentos de los dos procesos judiciales subsiguientes a la masacre. El primero concluyó con la tibia condena a la patrulla que la perpetró por un caso de imprudencia temeraria que se saldó con el pago de una multa. El impacto en la comunidad fue enorme. Varios años después, un segundo juicio concluyó con una condena de 40 años de cárcel para los soldados y una demanda de reparación por la vía civil pendiente aún de resolución.

2. LA MASACRE Y SUS CONSECUENCIAS

El día 5 de octubre de 1995 una patrulla militar entró en la Comunidad Aurora, vulnerando los acuerdos de desmilitarización de las zonas de retorno. Dichos acuerdos contemplaban una exhaustiva lista de requisitos: la voluntariedad del retorno; que éste se hiciera en condiciones de seguridad y dignidad y conllevara el derecho a la libre organización, al acompañamiento físico de personas y organizaciones nacionales e internacionales, a la libre locomoción dentro del país, así como de entrada y salida del mismo; el derecho a la vida e integridad personal y comunitaria; el acceso a la tierra y la mediación, seguimiento y verificación por todas las organizaciones firmantes de los acuerdos. Cuando la patrulla se encontró delante de unas 150 personas, en su mayoría mujeres y niños, que se habían concentrado para exigirles su retirada y se disponían a pedir la presencia de la Misión de Verificación de DDHH de la ONU (MINUGUA), los soldados comenzaron a disparar, con el resultado de 11 personas muertas, incluyendo dos niños, y 27 heridas de diversa consideración, seis de ellas muy graves. Además del impacto de las muertes, la masacre supuso una confrontación brutal contra sus expectativas de reintegración en el país y una violación de las garantías contempladas en los acuerdos de desmilitarización, frustrando así las esperanzas de preservación de su integridad e identidad como población golpeada por la violencia durante los años 80.

A partir de entonces, la Comunidad Aurora se convirtió en un símbolo de la lucha contra la impunidad. Muchos grupos sociales apoyaron con sus denuncias la demanda de justicia. El acompañamiento internacional contribuyó con su presencia permanente a materializar ese sentido de solidaridad y apoyar a la comunidad en su lucha

contra el miedo. Las ayudas materiales trataron de compensar algunos problemas y contribuir al proceso de rearticulación. Sin embargo, muchas de estas acciones tuvieron también efectos contradictorios y no estuvieron exentas de intentos por lograr un mayor control sobre la dinámica de la comunidad, como se analizará posteriormente.

3. LOS DÍAS DEL DOLOR: ETAPAS DEL IMPACTO Y LUCHA DE LA COMUNIDAD

Tras la irrupción de un acontecimiento traumático, la comunidad afectada pasa por varias etapas en su proceso de asimilación de la experiencia traumática y de rearticulación comunitaria. Las investigaciones sobre respuestas a los desastres naturales (erupción de un volcán, terremotos, etc.) han encontrado diferentes fases de afrontamiento colectivo en el periodo posterior a una catástrofe. De estos estudios longitudinales y de los estudios históricos sobre epidemias y desastres se infiere la existencia de tres fases sociales en el afrontamiento de catástrofes colectivas que conjugan la evolución de los hechos con las respuestas para enfrentar el peligro (Páez *et al.* 2002): *a*) la fase de reacción (en el momento de los hechos); *b*) las respuestas de emergencia y resolución momentánea (que en este caso incluye las primeras semanas después de la masacre), y *c*) la fase de adaptación (lo que hemos denominado como recomposición e intentos de volver a la vida cotidiana) y reconstrucción que incluye el tiempo de recuperar el proyecto comunitario, los programas de desarrollo, etc. varios meses después de los hechos. Sin embargo, al hablar de una emergencia compleja como consecuencia de la violencia y la guerra, podemos encontrar que las distintas fases pueden solaparse o alargarse en función del impacto de otros hechos traumáticos, amenazas, etc., como en el caso que estamos describiendo (Martín Beristain, 1999).

3.1. El impacto traumático de la masacre: los días del dolor

Durante las primeras semanas, las reacciones comunitarias más importantes fueron de dolor, perplejidad, cólera y movilización de la gente. Predominaron las ceremonias colectivas de duelo, los mecanismos de seguridad frente al miedo de nuevos atentados, la denuncia de los hechos y diversas formas de solidaridad externa. Se dieron numerosas muestras de apoyo mutuo entre la propia comunidad, reorganización del liderazgo y formas de participación colectiva en la toma de decisiones (creación de comités, asambleas, etc.). Pero la comunidad estuvo también muy expuesta a la acción exterior, como las gestiones y promesas, muchas veces incumplidas, del gobierno, y la presencia de policía y fiscalía para la investigación de los hechos, y también contó con acompañamiento de organizaciones internacionales.

3.2. Recomposición y fisuras: los intentos de volver a la vida cotidiana

A partir de los primeros tres meses, los esfuerzos de la gente se volcaron en recuperar la cotidianidad anterior a la masacre, reemprendiendo las actividades sociales y productivas que se habían paralizado. Para las familias afectadas comenzó también un período crítico dado que la recuperación de la vida cotidiana supuso también una disminución del apoyo comunitario. Las viudas, huérfanos, heridos graves y sus familias afrontaron problemas serios para resolver la subsistencia, reforzándose en ellos la sensación de desvalimiento en el proceso de duelo.

Los intentos, por parte de la comunidad, de restablecer las relaciones con otras comunidades vecinas se vieron sometidos a rumores y estigmas («la comunidad Aurora es violenta»). A pesar de ello, se dieron numerosos pasos positivos para restaurar esas relaciones (reapertura del mercado, visitas locales, etc.).

3.3. Memoria y rearticulación de la comunidad

A partir de los seis meses, tres hechos clave marcaron el proceso comunitario: la celebración del recuerdo y la solidaridad con un fuerte carácter religioso durante la Semana Santa; los talleres de reconstrucción de la Memoria del Daño Moral (*véase* Cuadro 9.3), y los proyectos para reconstruir el futuro social y productivo de la comunidad.

La celebración durante la Semana Santa de *El Calvario de Aurora*, una representación religiosa acompañada de una gran movilización colectiva, produjo un reencuentro entre *afectados* y *no afectados*. Esta diferencia amenazó con convertirse en una fractura en el seguimiento del proceso judicial, peligro que fue conjurado mediante el trabajo sobre el daño moral que partía de una premisa central, la de que toda la comunidad había sido afectada. Esta movilización creó las condiciones para iniciar la reconstrucción de la memoria, iniciativa que surgió ante la necesidad de valorar el daño moral que causó la masacre a toda la comunidad y presentarlo como una parte de las demandas en el proceso judicial.

Esta etapa estuvo también marcada por las nuevas incidencias negativas del proceso judicial y los intentos de quebrar la implicación comunitaria. Pero al contrario de lo esperado, también reorganizó la movilización activa para denunciar la situación, estrechar el contacto con las organizaciones populares, y demandar mayor acompañamiento y respaldo de las instituciones de derechos humanos y de los organismos internacionales.

3.4 Reparación y readecuación de los proyectos: pensando en el futuro

Después de la intensidad de los meses anteriores, la vida se reorientó hacia la solución de los problemas de viabilidad económica de la comunidad y de la Cooperativa Unión Maya, incluyendo los conflictos comunitarios para consolidar el proyecto de vida en Aurora. La promoción del desarrollo de la comunidad implicó en los últimos meses una «avalancha» de proyectos económicos con fuerte impacto comunitario cuya llegada, a la vez que apoyo, generó una dinámica de respuestas rápidas y una actitud acaparadora de recursos. Para algunos líderes esto respondía a la previsión de que dentro de poco tiempo se acabarían las ayudas y la atención sobre la comunidad.

Respecto a las incidencias del proceso judicial, a partir de entonces se produjo una focalización en los más directamente implicados (familiares y testigos) que mantenían una postura activa a pesar de sufrir dificultades y presiones. Las previsiones de un juicio difícil, largo y lleno de obstáculos supusieron un nuevo factor de tensión y frustración, mientras la gente tenía que hacer frente a las necesidades de subsistencia. A pesar de ello, se mantuvo el compromiso, por parte de la comunidad y de la Fundación Rigoberta Menchú Tum (FRMT), de afrontar el proceso judicial hasta el final, junto a la búsqueda de vías complementarias de reparación a través del resarcimiento material. Un cansancio evidente y un cierto desapego caracterizaron globalmente la actitud de la comunidad en esta última parte.

4. EL PROCESO DE DUELO: PROBLEMAS Y RESPUESTAS DE LA COMUNIDAD

Para comprender mejor las consecuencias de la masacre en la comunidad y los procesos de desestructuración y rearticulación comunitaria que se dieron, hemos estructurado los problemas y las respuestas de la gente dentro de las siguientes claves psicosociales: *a)* el proceso de duelo masivo; *b)* la amenaza, miedo y reexperiencia traumática; *c)* las respuestas de criminalización y culpabilización; *d)* el impacto en la desestructuración

organizativa; *e*) los conflictos, y *f*) el impacto del proceso judicial y formas de reparación social. Estas claves constituyen indicadores que nos sirvieron para sistematizar la experiencia y evaluar logros, problemas y desafíos sobre la marcha. Con ellos tratamos de identificar las experiencias relevantes, los puntos críticos y tendencias que se estaban produciendo en la comunidad y en relación a las cuales tratamos también de reorientar nuestro trabajo. Fue el esquema del que nos ayudamos para ir evaluando nuestra intervención, algo que hicimos aproximadamente cada dos meses.

4.1. El proceso de duelo

Las situaciones de catástrofe colectiva producen pérdidas humanas, materiales y culturales. En términos psicológicos la forma en que las personas hacen frente a las pérdidas se llama proceso de duelo. Esto incluye reacciones psicológicas individuales o familiares, pero hay también un proceso comunitario dado el número de víctimas y la naturaleza colectiva del desastre. En este caso, los procesos de duelo son más difíciles y se encuentran frecuentemente alterados por el impacto de los hechos (carácter traumático, súbito, masivo, injusto); con frecuencia, además, los sobrevivientes y familiares se ven afectados por el miedo, el aislamiento o el estigma social. Todo ello convierte al duelo en un indicador clave para valorar el proceso de familias afectadas y de la propia comunidad; en un indicador en el que, además, quedan reflejadas las idiosincrasias culturales. Por ejemplo, en la cultura maya no se concibe la muerte como una ausencia de vida, y la relación con los antepasados forma parte de la cotidianidad. Las personas que trabajan en la ayuda humanitaria tienen que tener en cuenta estas cuestiones para poder ser de utilidad, no ofender a la gente, ni entrar en conflicto con la comunidad.

En este caso el hecho suponía una confrontación directa con la muerte, y el duelo tuvo sus ciclos. Inicialmente fue un proceso comunitario; toda la gente participó, estuvo en los ritos y en las celebraciones. La red que se activó fue la de los catequistas y la de los ancianos, quienes fueron las fuentes fundamentales de apoyo desde una perspectiva cultural y religiosa. Después de dos meses, aparentemente no se hablaba de los muertos; la gente tenía la necesidad de volver a cierta normalidad. Eso significó que el duelo pasó a individualizarse, pero también fue un momento de riesgo en el que los afectados empezaron a sentir una pérdida de apoyo por parte de la comunidad.

Más allá de las prácticas individuales o necesidades psicológicas, en todo proceso de duelo hay acontecimientos externos que tienen una notable incidencia. En el caso de la masacre de Xamán, seis meses después hubo necesidad de exhumar el cuerpo de uno de los niños por motivos de la calificación penal de los hechos. Se trataba de una decisión judicial que entrañaba un profundo significado familiar y comunitario: pasar por una exhumación y levantar el cadáver, molestar al muerto, despertar los malos espíritus. Tuvimos que negociar para hacer un encuentro con sensibilidad cultural entre lo que se planteaba y lo que la gente quería hacer, un trabajo con mediadores culturales (en este caso ancianos y un maestro) para conjugar las dos perspectivas: responder a la orden judicial y a las exigencias culturales. Sin embargo, a pesar del cuidado puesto en el proceso, la exhumación del cuerpo afectó al duelo familiar. El fuerte impacto emocional se manifestó en trastornos y enfermedades que interpretaron como un castigo por molestar su espíritu.

Más adelante, el duelo volvió a recuperar la dimensión comunitaria debido a dos factores: los ciclos religiosos, y las respuestas comunitarias. Los ciclos religiosos, las celebraciones o aniversarios son momentos en los que los sobrevivientes celebran el recuerdo de sus seres queridos, pero también pueden reactivar memorias traumáticas. En nuestro caso, la gente organizó una procesión, un calvario a modo de reconstrucción del hecho traumático, pero asociado al sentido religioso que tenía para ellos la época de Semana Santa. De esa forma, los afectados, que se estaban viendo solos, empezaron a sentir la solidaridad comunitaria, y eso ayudó a recomponer el proceso de duelo y a ver cómo esos vaivenes estaban afectados por el cansancio de la red social, por los ritmos que cada quien necesitaba para enfrentar esa situación.

4.2. La reexperimentación traumática y el miedo

El miedo y la reexperimentación de los hechos forman parte del impacto traumático de la experiencia de violencia; muchos sobrevivientes de guerras o masacres vuelven a enfrentarse al riesgo de repetir la misma situación. El valor adaptativo del miedo ha sido reconocido en diferentes contextos de situaciones amenazantes. Junto a su función defensiva (percepción del riesgo), el miedo arrastra otros efectos: reacciones corporales, reacciones impulsivas, alteración del sentido de la realidad y realimentación del temor (Martín Beristain y Riera, 1993). Muchas de éstas son reacciones individuales, pero algunas tienen una evidente traducción colectiva. Pero además, cuando las circunstancias de violencia o devastación se prolongan, como en el caso de los regímenes dictatoriales o de una guerra, aparecen estados de ánimo colectivos que se mantienen en el tiempo, dando lugar a un clima emocional de miedo (De Rivera, 1992). Además, hay que tener en cuenta que las reminiscencias son reacciones normales frente a las experiencias traumáticas, pero también un indicador de afectación, y que las personas que más rumian sobre su estado de duelo tardarán más en recuperarse (Nolen-Hoeksema, McBride y Larson, 1997).

En el caso de Xamán era como volver otra vez al escenario de sus pesadillas, de las cosas que todo el mundo había pensado que podían pasar, pero que nadie había creído realmente que se repetirían. Hay que tener en cuenta que la comunidad era ya sobreviviente de otras masacres en los años 80, lo que motivó su huida al refugio en México. Durante los primeros dos meses, el miedo generalizado fue intenso; de hecho, la vida cotidiana se reorganizó alrededor del miedo, algo que sirvió para manejar la situación de amenaza y aumentar el nivel de seguridad.

El trabajo realizado intensivamente con los promotores de salud en el primer trimestre ayudó a desarrollar estrategias colectivas para enfrentar el miedo. En los primeros momentos las estrategias clave para ello fueron las siguientes: *a*) la búsqueda de sentido a lo sucedido analizando las similitudes y diferencias con las experiencias previas de las masacres de los años 80; *b*) la toma de precauciones y formas colectivas de acompañamiento en las salidas al exterior; *c*) el apoyo mutuo en la reactivación de las tareas domésticas, productivas y sociales, y *d*) las actividades colectivas como reuniones y actividades lúdicas.

En los primeros meses, el miedo produjo una demanda muy alta de consultas en la clínica, tanto de familiares de las víctimas y heridos como de otras personas de la comunidad. Los problemas fundamentales tuvieron que ver con molestias, dolores y quejas con un componente psicósomático importante (dolor de cabeza, sensación de debilidad y cansancio, etc.). Las consultas realizadas por el equipo de salud y los promotores de la comunidad abrieron un espacio de confianza en el que buscar apoyo y ofrecieron una oportunidad para normalizar muchas de sus reacciones («reacciones normales frente a situaciones anormales»).

Las fiestas y las actividades de animación sociocultural contribuyeron a cohesionar y evitar la dispersión de la gente a causa del miedo; ayudaron a distraerse y a evitar la focalización continua en el dolor y la tristeza. Posteriormente el miedo se relacionó sobre todo con las gestiones, avances y retrocesos del proceso judicial y afectó a quienes estaban más implicados en la investigación, ya fuera porque eran víctimas o testigos, o porque estaban al frente de la conducción del proceso comunitario, como era el caso de los líderes.

4.3. La búsqueda de sentido y de significado

La búsqueda de sentido (¿por qué ha sucedido esto?; ¿por qué a mí?; ¿qué sentido tiene?) es parte del proceso de enfrentar un hecho traumático (Pérez Sales, 2006). Las personas tienen que enfrentar frecuentemente sentimientos de rabia, confusión o culpabilidad por lo sucedido. Por ejemplo, los refugiados que han salido de su país pueden sentirse culpables por haber podido escapar mientras sus familiares o amigos murieron. Según varias investigaciones, las personas que acentúan la parte positiva como el valor de las cosas aprendidas, el sentido de sacrificio o la lucha, etc., pueden encontrarse mejor que las personas que se aíslan o se culpabilizan (Pennebaker, 1990). Los aspectos ideológicos o religiosos pueden ser utilizados, a escala colectiva e individual,

como formas de afrontamiento o factores protectores frente a los estresores. Esos aspectos pueden ayudar a dar sentido a las experiencias, buscar consuelo o promover la solidaridad.

Por una parte, la culpabilidad es muchas veces inducida socialmente; es decir, las propias víctimas o sus familiares son criminalizados o acusados de haber provocado su desgracia como un intento de quitar responsabilidad a los perpetradores y normalizar las agresiones. Pero la culpa es también una reacción frecuente entre las víctimas. Cuando las experiencias desbordan los marcos de referencia habituales y fracasan los conceptos con los que tratamos de entenderlas, la culpa puede ser también un intento de dar sentido a algo que no lo tiene. Aunque conlleve efectos muy destructivos para la persona, sentirse responsable de lo que pasó puede ser también una forma de pensar que se tiene algo de control sobre la situación vivida, que ésta hubiera podido evitarse (Janoff Bullman, 1992).

En el caso que tenemos entre manos en este capítulo, durante todo el año se dieron distintas formas de criminalización y culpabilización a la comunidad. La culpabilización externa vino de la mano de amenazas, versiones distorsionadas de los hechos en las comunidades vecinas, propaganda política en los medios de comunicación, y difusión de rumores que funcionaron justificando la versión oficial (estigma de Aurora como *«comunidad violenta que provocó con su actuación la masacre»*).

En esa búsqueda de sentido, se dieron además procesos internos en la comunidad. La población de Ixcamán empezó a acusar a los retornados, porque *«si los retornados no hubieran dicho al ejército pasen acá que la comunidad va hablar con ustedes, si no les hubieran confrontado, la masacre no hubiera sucedido»*. Los retornados, por su parte, trataron de explicar los acuerdos logrados con el gobierno para el retorno, pero empezaron a sospechar de los otros. Después que había pasado el impacto, tras el duelo masivo, se empezó a generar una fractura en la comunidad.

Para nosotros este hecho tuvo que ver con la culpabilización externa y con los intentos de dar sentido a lo sucedido. En la búsqueda de sentido es frecuente que muchas víctimas se culpabilicen como una manera de entender la situación: aunque sea muy autodestructivo, ayuda a salir de la incertidumbre. También hay fenómenos endogrupo-exogrupo, o se busca un chivo expiatorio, otro a quien poder acusar del hecho. Para entender esa peligrosa dinámica hay que tener en cuenta que estamos hablando de una comunidad en construcción, con importantes diferencias culturales y prácticas (por ejemplo, algunos habían tenido una experiencia colectiva de organización comunitaria en el refugio, mientras otros eran campesinos que ocupaban ilegalmente la finca antes de la llegada de los retornados). La forma como los retornados habían defendido su vida era mucho más proactiva y con un componente político importante, afirmándose colectivamente. El grupo que había permanecido en Ixcamán, en cambio, se había defendido durante diez años adaptándose a un contexto hostil, tratando de no confrontar (si pasaba el ejército le daban café, a ver si se iban rápido y les dejaban en paz). Unos y otros estaban dando sentido al hecho desde las estrategias que habían desarrollado para enfrentar la situación. Quienes se dieron cuenta de todo esto fueron los promotores de salud, que procuraron contar con gente de Ixcamán y de los retornados en las reuniones a fin de que cada quien contara su historia, cómo se habían defendido, cómo habían enfrentado la situación (Cuadro 9.1). Eso ayudó a ver las diferentes formas de resistencia y a tender puentes donde se estaban abriendo abismos.

4.4. Desestructuración organizativa

El impacto colectivo es algo más que la suma de efectos individuales, incluso cuando estos son masivos. Las catástrofes colectivas también provocan un mayor impacto comunitario. En la investigación del informe Guatemala Nunca Más (ODHAG, 1998) se constató que las masacres produjeron más éxodos y pánico, mayor clima de desconfianza y desorganización social. Las pérdidas sociales pueden tener un gran impacto a medio plazo. La violencia puede afectar al tejido social y organizativo de varias maneras. Por ejemplo, las estrategias de terror buscan frecuentemente desestructurar procesos organizativos, que son considerados como una amenaza. En el caso de Guatemala, se han señalado como indicadores de ese impacto colectivo la inhibición de la

CUADRO 9.1. PASOS DE AURORA PARA HACER FRENTE A LA CRIMINALIZACIÓN

- Explicaciones sobre lo sucedido en visitas informales a las comunidades vecinas.
- Reactivación de los proyectos entre Aurora y las comunidades vecinas.
- Denuncias públicas ante medios de comunicación y ante las instituciones.
- Información y explicación entre los grupos étnicos de la comunidad.
- Recuperación de la historia de lucha y de resistencia de retornados y grupo de Ixcamán.
- Difusión de los acuerdos con el gobierno sobre garantías para el retorno de los refugiados.
- Consenso comunitario de no responder a actitudes provocativas o de confrontación.
- Medidas de precaución para no dejarse involucrar en conflictos de tierras cercanas ya existentes.

comunicación, la desvinculación de procesos organizativos o la desconfianza comunitaria, entre otros (ODHAG, 1998). También la reconstrucción de las organizaciones y el trabajo de redes puede ser visto como un indicador de recuperación comunitaria. Este enfoque organizativo es clave para ver el papel de la intervención psicosocial en el apoyo y trabajo de redes.

La desestructuración organizativa representó un indicador del impacto comunitario después de la masacre, pero tuvo que ver también, paradójicamente, con la gestión de los proyectos que se dieron como paliativo frente a las consecuencias de la misma. Además, a la vez que algunos líderes se bloquearon al inicio, surgieron nuevas estructuras para enfrentar las consecuencias y apoyar el proceso judicial, y otras para agilizar la participación de toda la comunidad en esos momentos de crisis.

Al inicio, en la situación de emergencia, la comunidad se hizo más dependiente del asistencialismo institucional, retrocediendo en los pasos dados con anterioridad en cuanto a la autogestión de los proyectos. Para los afectados, las ayudas de emergencia suponían un alivio temporal para enfrentar la pérdida del sostén económico familiar. Después de varios meses se dio de nuevo una reactivación de los proyectos de desarrollo paralizados, un fuerte activismo comunitario y una gran demanda alrededor de las donaciones, con efectos de desmovilización comunitaria. Todos estos problemas muestran el impacto que los proyectos de reconstrucción pueden tener, generando división interna y menor fuerza colectiva, si no están orientados según los criterios y participación de la propia comunidad.

4.5. La dinámica de los conflictos

El aumento de situaciones de conflicto es un fenómeno frecuente, especialmente en la fase de reconstrucción. Los conflictos pueden provenir de la historia previa de la comunidad, del impacto de la violencia o ser consecuencia de la ayuda. Para comprender los conflictos que pueden darse después de un hecho catastrófico hay que entender la historia previa, el grado de cohesión comunitario o los intereses existentes. No puede entenderse el impacto considerando sólo el hecho traumático. Por otra parte, los hechos de violencia pueden acentuar estereotipos grupales o étnicos, producir diferencias en el manejo del duelo o en las atribuciones causales, o generar nuevas situaciones de conflicto. Por su parte, a pesar de que muchas veces los programas institucionales de reconstrucción declaran como uno de sus objetivos la participación de los afectados, dicha participación se ve frecuentemente limitada por la orientación asistencial o paternalista y es causa frecuente de conflictos (Harreld-Bond, 1986).

En nuestro caso, después de nueve o diez meses se empezaron a presentar dificultades con el proyecto cooperativo porque todavía no se había alcanzado cohesión suficiente sobre el mismo. Por ejemplo, había modos de producción y trabajo de la tierra muy diferentes; algunos usaban aún la quema y roza de un modo individual y otros producían de una manera más colectiva. Eso significaba proyectos económicos distintos que convivieron

antes de la masacre, pero en el período de rearticulación cada uno de los grupos fue a buscar un proyecto más acorde con lo tradicional.

Por otra parte, se dieron conflictos a causa de los proyectos de desarrollo que el gobierno pretendió presentar como un avance de las indemnizaciones a los afectados. Afectados y no afectados reflejaron esta tendencia a absorber una oferta indiscriminada de proyectos. Y del aluvión de promesas, algunas en fase de ejecución, surgieron multiplicidad de proyectos similares desbalanceando la oferta y la demanda y generando incluso una diferenciación social que no existía antes de la masacre debido a los diferentes criterios utilizados por las ONG. Un ejemplo de ello fueron los agravios comparativos entre quienes seguían trabajando en la cooperativa y quienes trabajaron como albañiles en el proyecto de vivienda (que cobraban el doble). A partir de ese momento empezaron a aflorar otras tensiones debido a los distintos intereses o actitudes respecto al tipo de proyecto cooperativo.

Todo este período de aumento de conflictos internos (a partir de los 8 meses) coincide con una crisis generalizada de desgaste en la gente de Aurora a causa de la sobrecarga de trabajo en el campo, así como demandas de trabajo intensivo comunitario para reactivar los proyectos de desarrollo. Para el equipo de salud mental fue muy importante reconocer en qué entramos y en qué no, porque podíamos ser usados por los diferentes grupos o sectores para resolver sus problemas (como: *«usted dígame a estos, usted dígame a los otros»*).

4.6. Los procesos de reparación y la impunidad

El derecho a la reparación ha sido objeto de un creciente desarrollo, especialmente en el derecho internacional de los Derechos Humanos y las sentencias judiciales. La reparación constituye un conjunto de medidas orientadas a restituir los derechos y mejorar la situación de las víctimas, incluyendo el derecho a la restitución (ayudar a las víctimas a recuperar las pérdidas), indemnización (compensaciones económicas por el daño sufrido), rehabilitación (medidas como atención médica, psicológica o legal), medidas de satisfacción (incluyendo el reconocimiento de la responsabilidad, justicia, etc.) y garantías de no repetición (Naciones Unidas, 2005). Por su parte, la justicia se encarga de investigar y sancionar a los culpables de las violaciones. Sin embargo, en muchos países predomina un contexto de impunidad debido a que el sistema judicial no tiene capacidad, es cómplice de las violaciones o en otros casos está amenazado.

Entendemos por impunidad la ausencia de sanción o castigo por las violaciones de Derechos Humanos y crímenes de guerra. Sveass (1995) ha señalado algunas consecuencias colectivas de la impunidad (la institucionalización de la mentira, falta de respeto a la ética, o que la gente se tome la justicia por su mano) sin desatender su impacto directo sobre las víctimas: invalidación y negación de lo que se ha vivido, impotencia, culpa y vergüenza. Todo ello afecta a la creencia en un futuro mejor y puede dejar a mucha gente excluida de la historia.

Las respuestas institucionales, entre ellas el impacto de la corrupción y la impunidad, tuvieron eco importante. Las medidas de reparación iniciales llegaron a las víctimas tarde y mal. Por ejemplo, los depósitos de maíz deteriorado que tenía el gobierno guardado en silos, constituyó la ayuda humanitaria que llegó durante los tres primeros meses a la comunidad, ofrecidos públicamente como ayuda alimentaria para las familias. Otras muchas medidas de reparación no se han tenido en cuenta, por lo que la comunidad ha llevado adelante una demanda civil que sigue su curso en la actualidad.

Respecto al proceso judicial, en un primer momento toda la comunidad se sintió involucrada en él debido al impacto de los hechos y al carácter de amenaza global. Con el paso del tiempo, sin embargo, se fue focalizando cada vez más en los afectados, y en los últimos meses en los testigos, dado su papel clave para el desarrollo del juicio. Esta evolución estuvo marcada tanto por la dinámica interna del proceso, como por las prioridades de vida para la gente que salió menos afectada.

La fase de investigación duró seis meses y en ella se recogieron las pruebas y los testimonios sobre los hechos. Esto exigió por parte de la comunidad un complejo proceso de organización de los testigos, coordinar las acciones con los abogados, tomar medidas de precaución y denunciar las intimidaciones. En los últimos meses, el proceso judicial se estancó ante los sucesivos recursos y las dificultades de la investigación en un contexto

de impunidad. Todas estas dificultades y retos hicieron que la gente tomara una conciencia creciente de la necesidad de estrechar lazos y unificar esfuerzos con las organizaciones del movimiento popular y de las instituciones de derechos humanos.

5. EL TRABAJO DE SALUD MENTAL

*«Que esto no quede en el olvido, lo escribimos para que nuestros hijos pequeños lo conozcan»
(Mamá Maquín).*

En el Capítulo 7 hemos visto cómo se prepara una intervención en una comunidad azotada por la violencia. En la primera parte de éste hemos descrito lo que ocurre cuando una comunidad ha sufrido un acontecimiento traumático; ahora pasamos a describir lo que se hizo para enfrentar sus consecuencias. Describiremos el enfoque y líneas generales de nuestro trabajo, así como algunas de las actividades llevadas a cabo durante el proceso de acompañamiento con diferentes grupos de población.

5.1. El enfoque de nuestro trabajo

El trabajo de salud mental se enfocó a apoyar, acompañar y promover las iniciativas de rearticulación impulsadas desde las propias fuerzas de la comunidad. Este apoyo estuvo supeditado al proceso que la gente siguió para enfrentar el duelo, y a los acontecimientos que cambiaron su vida a partir de la masacre (actuaciones judiciales, movilizaciones sociales, ayuda humanitaria, etc.). El programa incluyó apoyo a las actividades de contención y expresión del dolor, pero también a los esfuerzos por dar significado a la experiencia. Nuestro énfasis estuvo en el apoyo a las familias más afectadas, sin olvidar el acompañamiento a los grupos que tuvieron un mayor papel y sufrieron una enorme sobrecarga en la rearticulación comunitaria. En línea con lo que hemos venido defendiendo desde el primer epígrafe del primer capítulo de este manual, en cada una de las acciones entendemos el enfoque psicosocial no sólo como un conjunto de actividades y procesos que tienen en cuenta esta dimensión individual-colectiva, sino la construcción de una metodología con la propia gente (véase Cuadro 9.2). Además cabe señalar que los programas no pueden desarrollarse según un diseño preestablecido, dado que tienen que facilitar y articularse con el proceso de asimilación comunitario. Por ello, a pesar de que las líneas de trabajo se mantuvieron, el programa establecido en los primeros momentos tuvo que readaptarse y cambiar en numerosas ocasiones, según la evaluación del proceso hecha por el equipo y las redes comunitarias.

CUADRO 9.2. LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA

1. Atención de salud mental y seguimiento de las familias más afectadas.
2. Identificar problemas y consecuencias producidos por los hechos traumáticos, así como recursos comunitarios para enfrentar la situación.
3. Acompañamiento al proceso de duelo masivo en la comunidad.
4. Proporcionar apoyo y capacitación básica al equipo MDM-E en salud mental.
5. Apoyar, con elementos de salud mental, el trabajo de acompañamiento a la comunidad realizado por distintas organizaciones no gubernamentales e instancias internacionales de acompañamiento y verificación.

La integración de elementos de trabajo en salud mental en los espacios, ritmos, tiempos y actividades que tenían un sentido comunitario y que contribuyeron a buscar formas de reparación por el daño ocasionado definieron una parte fundamental de nuestro trabajo.

La fase de emergencia originada tras la masacre (octubre a diciembre 1995) generó una demanda prioritaria de atención en salud mental. Recuperar la normalidad y reorganizar la vida unos meses después marcó un cambio en la dinámica, de suerte que el programa de salud mental pasó a ocupar un lugar más complementario en las necesidades de la gente, desarrollando las actividades y propuestas de trabajo con independencia de los otros programas de salud, aunque coordinando acciones puntuales. En las últimas fases del trabajo se presentó un informe de salud mental conteniendo una evaluación psicosocial de los afectados que se incorporó como prueba en el proceso de la demanda civil, junto con la evaluación realizada por una comisión del Ministerio Público.

La posibilidad de acompañar de forma inmediata a una comunidad golpeada por la violencia del Estado ha sido una experiencia dolorosa y esperanzadora y, en muchos sentidos, única en la historia de Guatemala.

5.2. Ejes del trabajo de salud mental

Por todo ello, a pesar de contar con un programa inicial estructurado, desarrollamos una metodología abierta y participativa que se fue construyendo en función del ritmo, los múltiples aportes y las iniciativas comunitarias. Ya se ha venido advirtiendo desde el primer capítulo: la intervención psicosocial requiere de la participación activa de los implicados, hasta el punto de que uno de los elementos de la instalación del programa de intervención pasa por el «fortalecimiento de la comunidad» (véase también epígrafe 3.2.1 del Capítulo 8). En nuestro caso, esta metodología consta de los siguientes elementos:

- Trabajo de **atención individual y familiar** identificando situaciones de riesgo y problemas en familias más afectadas. Este trabajo, en el que también se involucraron activamente los promotores de salud, se desarrolló a través de consultas individuales y visitas domiciliarias a las familias.
- **Apoyo psicosocial a los grupos y sectores de la comunidad.** Se trató de contribuir a la rearticulación del tejido social proporcionando apoyo psicosocial a los grupos afectados, los agentes clave y grupos implicados en la reconstrucción, en términos muy parecidos a los que vemos en el Capítulo 14. Si bien algunos de ellos no fueron directamente golpeados por la masacre, sufrieron amenazas, y en determinados momentos trabajaron en condiciones de alta tensión emocional. Se realizaron numerosos talleres y actividades específicas, pero también el equipo de salud mental estuvo presente en reuniones, actividades y eventos comunitarios, tanto de trabajo como de carácter más lúdico, cultural o religioso.
- El trabajo en salud mental constituyó **otra forma de acompañamiento** a la comunidad en su proceso, dada la presencia permanente del equipo y el apoyo proporcionado a otros grupos que realizaron visitas o permanecieron un tiempo en la comunidad. El equipo de salud mental se reunió periódicamente con las instituciones encargadas del seguimiento del proceso judicial para compartir incidencias y acontecimientos que tenían un evidente impacto psicológico en los afectados y en el conjunto de la comunidad.
- El programa de salud mental se articuló al **proyecto de salud comunitaria** de MDM-E de forma diferente según los momentos. Los tres primeros meses, la prioridad generada por la situación de emergencia intensificó la demanda en las consultas. El trabajo de salud mental absorbió también muchas de las actividades comunitarias realizadas con los promotores de salud, comadronas y mujeres. Las actividades se realizaron de forma conjunta, coordinando y planificando las acciones con los responsables de los programas de salud. Se mantuvo una coordinación estrecha con el equipo sanitario para el seguimiento de la rehabilitación de los heridos, así como actividades puntuales con los grupos de mujeres y comadronas en función de demandas específicas y coordinado conjuntamente con las responsables del programa.

5.3. Movilización de los distintos sectores

Globalmente, los primeros sectores que se movilizaron y apoyaron para enfrentar el impacto fueron los que tenían alguna experiencia previa adquirida en el refugio y cierto conocimiento del trabajo de salud mental

comunitaria; es el caso de los promotores de salud y de educación. Fueron ellos los que demandaron a Médicos del Mundo-España, por su presencia en la comunidad bajo el auspicio de los acuerdos entre las Comisiones Permanentes de los refugiados y el Gobierno (octubre 1992), la implementación urgente de un programa de salud mental que apoyara y acompañara sus propias iniciativas y recursos comunitarios.

Todos los sectores organizados se movilizaron y respondieron frente a los numerosos problemas derivados del impacto de la masacre. Pero no todos actuaron al mismo tiempo, ni se involucraron del mismo modo. La participación fluctuó de una manera dinámica y flexible, con actividades masivas y frecuentes los primeros meses, que se focalizaron después en los sectores y familias más afectados. Se volvió a reactivar una participación numerosa con la reconstrucción de la memoria que tuvo lugar ocho meses después de los hechos y que coincidió con las diligencias judiciales que cierran la fase de investigación.

Los recursos propios de la comunidad facilitaron la organización de la gente (demandas colectivas, formas de protección, etc.); actuaron como redes de apoyo en los momentos colectivos de contención, ceremonias y acompañamiento en el duelo; otras formas de cohesión se dieron a través de los grupos musicales, actividades creativas (teatro, talleres de expresión, etc.). Los grupos de apoyo mutuo que funcionaron (promotores de educación, comadronas y heridos graves) no se conformaron bajo este objetivo, sino que se fueron articulando alrededor de aspectos prácticos como enfrentar situaciones similares o tener demandas comunes. Otros surgieron de la atención a las familias más afectadas, el apoyo a los grupos y personas más vulnerables, y el acompañamiento a la comunidad.

5.4. Trabajo de redes

En el caso de la masacre de Xamán, la primera red de la comunidad que se activó para hacer frente a los hechos fueron los promotores de salud con los que, años atrás, antes de esta experiencia, habíamos trabajado en el refugio. La formación que recibieron entonces sobre apoyo en experiencias traumáticas ayudó a que organizaran la asistencia y las charlas con la comunidad en los primeros momentos sin ayuda de nadie. Pero también nos enfrentamos al hecho frecuente de que algunas redes estén fundidas por el impacto de los hechos. Por ejemplo, durante las primeras semanas los maestros estaban muy activos, hacíamos muchas actividades recreativas como una manera de reducir la tensión y de tratar de contener también el impacto traumático que había tenido esa situación. Pero cuando llegó el mes de diciembre y empezaron las vacaciones, se dieron otros ritmos, y todo cambió. Teníamos que convencerlos de que el impacto en los niños iba a ser grande y de que era necesario preparar las explicaciones que habría que darles; planteamos incluso una propuesta de taller sobre el duelo en la infancia de varios días, pero la rechazaron. Sin embargo, después de las vacaciones vinieron a pedir un taller de una tarde. Empezamos a trabajar sobre el duelo en los niños y niñas, centrados en el tipo de tareas que ellos tenían que hacer para enfrentar este hecho en la escuela, y de pronto empezaron a hablar de su propio duelo porque ellos fueron testigos de la masacre y estaban también afectados por esa situación. La negativa a abordarlo previamente tenía que ver con la dificultad de afrontar su propio proceso. El taller de una tarde se convirtió así en varios días de trabajo. Esta situación nos muestra la importancia de poner atención al ritmo de la gente, a nivel individual y colectivo. Facilitar procesos no significa imponer ritmos, a la vez que implica disponibilidad y flexibilidad para adaptarse a ellos. También nos indica la importancia de crear espacios de construcción colectiva. En uno de los sociodramas con los maestros, uno hacía de sí mismo y el otro maestro hacía de niña. Ésta preguntó al maestro: «¿Qué es la muerte? ¿Dónde está mi maestro, por qué no vuelve?». El maestro, que se llamaba Andrés, respondió: «Tu maestro murió, y él no tuvo la culpa, era bueno»; y «la muerte es un sitio del que no se puede volver.» Esta es una explicación congruente con la cultura maya en la que los muertos están vivos de otra manera, rescatando una imagen positiva de la víctima. Estos fueron recursos grupales para hablar sobre la muerte y ayudar a enfrentar la situación.

5.5. Las familias afectadas

El sector de los afectados representa situaciones personales y familiares muy diversas según el daño producido y las consecuencias familiares (impedimento productivo, cambio de roles, lesiones permanentes, etc.). El grupo más afectado estaba constituido por: *a*) las viudas y huérfanos, que eran el grupo más vulnerable y dependiente económicamente; *b*) los heridos leves que se recuperaron a los dos primeros meses reincorporándose a sus actividades anteriores; *c*) los heridos graves que necesitaron un mayor apoyo familiar y cuidados de rehabilitación para su recuperación, y *d*) los testigos, cuyo protagonismo fue importante por las exigencias de la fase de investigación.

Muchos de los afectados por el asesinato de sus familiares y/o por haber sufrido lesiones físicas graves habían vivido anteriormente también graves experiencias de masacres (1980-82). El trabajo con las familias afectadas se desarrolló en forma de talleres específicos, visitas, atención domiciliaria y seguimiento individualizado de algunos casos. Los primeros meses las visitas a los hogares fueron intensivas. Los heridos graves que se encontraban hospitalizados en la capital necesitaban imperiosamente acompañamiento, apoyo y mantener algún tipo de comunicación con sus familiares en medio de una situación de gran incertidumbre respecto al pronóstico de sus heridas y a las previsiones de una larga rehabilitación. El seguimiento de este apoyo fue realizado conjuntamente con los promotores de salud, y eso nos permitió comprender el significado de algunas creencias y patrones culturales que incidieron como un factor de protección o de riesgo en la salud mental de los heridos (aislamiento en el hogar por temor al mal de ojo, por ejemplo).

Entre los vacíos dejados por los ausentes es importante aquel que compromete la sobrevivencia del núcleo familiar. Ser un soporte afectivo, doméstico y productivo agrava la situación familiar y dificulta aún más rehacer la vida. Hay un tiempo y un ritmo propio de cada persona para aceptar y elaborar la pérdida. Las esposas viudas rehacen su vida acompañándose nuevamente o con nuevos hijos en camino. Otros tienen más dificultades para asumir la pérdida. Todo esto suponía un seguimiento individualizado y familiar de los diferentes casos.

5.6. Los heridos: rehabilitación física y reintegración social

Cuatro de los heridos requirieron fisioterapia para su rehabilitación física; dos se mantuvieron en cuidados intensivos durante dos meses, y el resto necesitó de cuidados para sus heridas y convalecencia por diferentes tiempos. Ante la disyuntiva de realizar la rehabilitación física en los centros especializados de la capital o con los promotores de salud en la comunidad, los heridos y sus familias optaron por lo último, valorando la mejor seguridad y condiciones psicosociales que esta opción les ofrecía. Se contó con el apoyo de una fisioterapeuta que era miembro del equipo y trabajaba en el programa de mujeres y salud. La fisioterapeuta capacitó en los ejercicios necesarios al grupo de promotores de salud, a la vez que los supervisaba, apoyaba y seguía la evolución de los heridos. A la vez que realizaban la rehabilitación física, los promotores de salud apoyaban a los heridos en su recuperación psicosocial (visitas, entrevistas, actividades colectivas, etc.).

5.7. El apoyo a los niños y niñas

El apoyo a los niños y niñas era muy importante debido a que muchos de ellos fueron testigos de la masacre y al gran impacto que tuvo la muerte de dos de ellos, y de los dos maestros asesinados. Además, varias decenas de niños perdieron a su padre o madre, con el agravante de que en un caso la muerte de la madre viuda dejó a los hijos solos y sin familiares directos.

Con la clausura del curso escolar fueron los huérfanos quienes se encontraron más afectados y aislados, realizándose algunas actividades específicas con ellos. La demanda para continuar con los juegos y la búsqueda de adultos con referencias positivas fue una motivación para su participación en estas actividades. En estos

espacios los niños encontraron formas para expresar su percepción de lo sucedido y del sufrimiento provocado, mostrando también reacciones de resistencia y desconfianza que hacían más difíciles y conflictivas sus relaciones con los demás. Aproximadamente dos tercios de los niños huérfanos (32), con edades comprendidas entre 6 y 14 años, participaron en estos talleres, mezclados siempre con otros niños no directamente afectados que se incorporaron por propia iniciativa a los juegos. A la vez que proporcionar un apoyo específico, consideramos muy importante no separar a los niños afectados del resto, sino facilitar su reintegración colectiva.

Posteriormente, con el reinicio del curso escolar, las demandas de explicaciones y los problemas de aprendizaje y conflictos fueron algunos de los temas que se trabajaron con los promotores de educación para facilitar estrategias y actividades de trabajo con los niños. Especialmente en todo el proceso de reconstrucción de la Memoria del Daño Moral, los niños y niñas realizaron muchos dibujos, cuentos, poemas, etc., que formaron parte de las actividades escolares y de la exposición que se realizó posteriormente en la comunidad, algo que volveremos a ver en la intervención tras una catástrofe natural (véase Capítulo 14).

5.8. La acción de las mujeres

El trabajo con las mujeres fue difícil de articular, en parte porque su posición en la estructura familiar supone una situación de mayor dependencia, sobrecarga cotidiana y problemas de participación social de forma organizada. A pesar de la existencia de un grupo de mujeres organizado con la intención de dinamizar su papel en la comunidad (Mamá Maquín), el impacto de la masacre en algunas de sus líderes, y globalmente en la situación de muchas mujeres, postergaron el trabajo con este grupo hasta pasados algunos meses después de la masacre.

Las mujeres se vieron afectadas, además, por el mayor aislamiento en la casa y el miedo frente a situaciones desconocidas (como por ejemplo las indagatorias judiciales). En un primer momento, la ausencia prolongada de los esposos, por el activismo y las gestiones externas, aumentó su sensación de desamparo y las reacciones de tipo depresivo. Las coordinadoras de «Mamá Maquín» plantearon la necesidad de realizar actividades de distracción y socialización para las mujeres. En los talleres se retomó la fuerza y el valor expresivos de sus sentimientos y emociones, normalizando y aceptando sus reacciones como producto de la situación vivida.

Uno de los problemas que generaba mayor preocupación y desorientación en las mujeres era el manejo de las situaciones con los niños, tan pendientes siempre de las reacciones de los adultos, y tan sensibles a contagiarse de la tristeza y el llanto de las madres, provocando en ellas reacciones contradictorias de apego y rechazo. El espacio de los talleres sirvió para compartir esos sentimientos, contrastarlos, normalizar muchas de esas reacciones y buscar entre todas nuevas formas de afrontar la relación con los niños y con ellas mismas.

Las mujeres desarrollaron sus propias formas de apoyo, como la realización de las tareas cotidianas en grupo. El acompañamiento espontáneo entre ellas superó las fronteras étnicas y del hogar los primeros meses. Esas formas de apoyo mutuo para enfrentar el miedo cambiaron algunas de las rutinas cotidianas de trabajo pero también crearon espacios de comunicación y distracción.

5.9. El acompañamiento a los líderes comunitarios

Como ya indicamos en la reconstrucción de las etapas y los núcleos de trabajo, la desestructuración organizativa y las nuevas exigencias como consecuencia del proceso de reconstrucción social después de la masacre implicaron cambios y sobrecargas muy importantes en algunos líderes de la comunidad. Desde el programa de salud mental se hicieron algunos talleres y reuniones con distintos grupos de representantes y líderes (junta directiva de la cooperativa, representantes étnicos, comisión de información y seguimiento, etc.). Una parte de este trabajo consistió en escuchar sus demandas y sugerencias e informar y tratar de involucrar a los líderes en actividades comunitarias. Ese tipo de actividades se realizaron a lo largo de todo el año, especialmente durante

los primeros meses y, posteriormente, en momentos más específicos como la preparación de actividades con familiares afectados o la Memoria del Daño Moral (véase Cuadro 9.3), a la que Mauricio Gaborit ha prestado una especial atención en el Capítulo 7.

Sin embargo, el mayor seguimiento y apoyo se dirigió hacia los miembros de la comisión encargada del seguimiento de la problemática de los afectados y del proceso judicial, la Comisión de Información. Los ejes del trabajo de acompañamiento fueron los siguientes: *a*) el impacto del proceso judicial en la cohesión comunitaria; *b*) la previsión de los momentos de tensión comunitaria y recursos positivos para enfrentarla (momentos críticos del proceso, expectativas respecto al juicio, relaciones externas de solidaridad y apoyo, etc.); *c*) las actuaciones frente a los rumores desestructuradores y el manejo de la culpabilización, y *d*) visitas y apoyo a sus familias que con el paso del tiempo y la dedicación comunitaria de los líderes se empezaron a sentir más afectadas.

CUADRO 9.3. LA MEMORIA DEL DAÑO MORAL

A los seis meses de la masacre, la comunidad se involucró en la reconstrucción de la memoria colectiva. A este trabajo lo denominamos «la Memoria del Daño Moral». Esta iniciativa surgió ante la necesidad de valorar el daño moral que causó la masacre a toda la comunidad y decidimos presentarlo como una parte de las demandas en el proceso judicial. El diseño metodológico de esta propuesta, que involucraba la participación de todos los sectores y grupos comunitarios, fue estructurada entre el equipo de salud mental y un grupo de representantes de la comunidad en los siguientes términos:

1. Se realizaron talleres con los líderes y representantes de todos los sectores de la comunidad para reconstruir las consecuencias de lo sucedido y las formas de afrontamiento desarrolladas: producción, relaciones con las aldeas vecinas, cultura y religión, salud y educación, etc.
2. Posteriormente, los líderes multiplicaron esos talleres: se recogieron narraciones, pinturas, murales, cartas y resúmenes sobre los efectos, y lo hicieron para enfrentar la situación. Participaron todos los sectores de la comunidad (doce grupos sociales distintos) y alrededor de 500 personas entre niños, adultos y ancianos.
3. Posteriormente, con los testimonios que se recogieron y los materiales realizados en dichos talleres, se preparó una exposición en la comunidad con participación de organizaciones nacionales e internacionales. La exposición reconstruyó los hechos, el impacto en la gente, la respuesta de los grupos, quiénes eran las víctimas y las demandas de la comunidad.
4. Esta memoria colectiva también sirvió para elaborar materiales de trabajo y un folleto popular para que quede como testimonio útil para otras comunidades y para las futuras generaciones.

6. APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN EL PROCESO JUDICIAL

6.1. Diez años de procesos judiciales

Los procesos judiciales para dirimir la responsabilidad de la masacre se prolongaron durante diez años, en un contexto de enormes dificultades. Tuvieron lugar dos juicios sucesivos, debido a que el primero quedó anulado por las irregularidades en el proceso. El acompañamiento psicosocial relativo a los juicios tuvo dos momentos importantes: primero, el apoyo psicológico a víctimas y testigos durante las investigaciones en el primer año de trabajo en la comunidad. En ese tiempo las entrevistas, talleres y reuniones con las víctimas se orientaron a disminuir el impacto de la victimización secundaria (debido al tipo de diligencias, la toma reiterada de testimonios, etc.), y del riesgo de revictimización (manejo del miedo y las amenazas), así como a mejorar sus habilidades a la hora de exponer su experiencia. Realizamos también asesorías a los líderes comunitarios sobre la relación con las víctimas, debido a la gran cantidad de funcionarios, ONG y organizaciones que querían entrevistarlas una y otra vez.

En un segundo momento, cuando terminó el tiempo de acompañamiento in situ, catorce meses después de la masacre, coincidiendo con la fase de juicio oral, se hicieron talleres con víctimas y testigos para apoyarles ante la inminencia y dificultades de esa nueva fase (Cabrera y Martín Beristain, 2001), lo que incluyó entrenamiento frente a situaciones frecuentes en los juicios (información de las reglas, lugar, papeles, etc.) y habilidades para mantener la calma frente a los intentos de manipulación de los interrogadores. Esta última fase se desarrolló mediante talleres de preparación, apoyo individual a testigos y visitas comunitarias, así como una presencia durante la fase oral del proceso. Además, el equipo fue requerido para facilitar al tribunal un informe psicosocial como peritajes en el proceso judicial.

Las acciones de apoyo psicosocial fueron articuladas entre el equipo de salud mental y los líderes comunitarios, y en coordinación con los equipos jurídicos de las organizaciones que apoyaron a la comunidad en el primer juicio (Oficina de DDHH del Arzobispado de Guatemala y Fundación Rigoberta Menchú Tum).

La dinámica de lucha judicial estaba focalizada en el grupo de testigos y afectados involucrados en el juicio. No obstante, el apoyo comunitario se reactivó en los momentos críticos del proceso judicial que necesitaron del consenso de los vecinos, ya fuera para respaldar comunitariamente la participación judicial de los testigos, o para evaluar la situación que significaría participar sin acompañamiento nacional e internacional y asesoría legal, como ocurrió en el segundo juicio.

El primer juicio (1998-1999) se invalidó legalmente por anomalías del proceso. Éste estuvo paralizado durante ocho meses porque la defensa de los militares argumentó que el delito no existía en la legislación, dado que la Secretaría del juzgado había escrito ejecución extrajudicial, con *ese* en vez de con *equis*. La sentencia condenaba a 4 y 5 años de cárcel conmutables económicamente por el delito de homicidio por imprudencia temeraria. En el segundo juicio (2003-2004), una sanción penal más acorde al tipo de delito revirtió las expectativas negativas que la gente tenía debido a la experiencia global de impunidad. Esta última condena, que castiga con 40 años de cárcel a los acusados, ya fue declarada en firme por la Corte Suprema de Justicia, concluyendo así el proceso legal penal. Sin embargo, la aplicación de estas medidas ha sido limitada, debido a que la mitad de los acusados permanecen prófugos de la justicia.

La demanda civil para el resarcimiento de los afectados (viudas, huérfanos, heridos) se inició en 2002. Este proceso quedó supeditado al dictamen penal y se ha reactivado actualmente, aunque sigue sometido al abuso de los recursos legales improcedentes. El último recurso planteado por la defensa tiene como excusa no haber consignado el espacio extrajudicial autorizado por la Corte Suprema donde se escuchó la declaración de los demandantes; por ello, el juez deberá escucharlos nuevamente a todos. Éstos se sienten manipulados porque ya han declarado otras dos veces más en este juicio civil y porque esto obliga a los afectados a organizar sus proyectos de vida en función de las exigencias judiciales y afecta a familias que han decidido emigrar de «mojados» o que se han desplazado a otras regiones debido a la falta de trabajo. Mientras se resuelven los recursos, se demora el proceso reforzando la incertidumbre sobre cuándo podrán ser resarcidos. Pero el final del camino legal ha reanimado las expectativas de confianza, muy ligadas a las necesidades críticas de sobrevivencia. *«Ahora tenemos más valor para seguir la lucha civil. Va a ser un proceso largo, pero hay esperanza para tantos huérfanos, heridos, minusválidos que quedaron sin responsables.»*

6.2. Clima judicial hostil e impacto de las sentencias

En algunos juicios basados en hechos políticos relevantes como este, frecuentemente se produce un conflicto entre historia y memoria, traducido en la polarización de versiones antagónicas. La memoria de las víctimas defiende la ética en la defensa del recuerdo; una ética que revaloriza vidas y trayectorias al recordarnos la agresión y el sufrimiento dejado a su paso. Esta lucha por la verdad ha ido a contracorriente, dentro de un clima judicial e institucional más favorable y verosímil hacia los soldados que hacia los retornados.

El clima hostil y amenazante provocó miedo de varios tipos y en diferentes momentos. Especialmente por el riesgo de las repercusiones de un castigo que no disuada el delito. Para las víctimas y sobrevivientes de la

masacre, el hecho de que la mitad de los acusados estén hoy en la cárcel y la otra mitad fugados mantiene el miedo a una posible venganza hacia ellos por parte de los familiares de los acusados. Estos sentimientos de temor, unidos al clima de amenazas e intimidaciones que sufrieron, generaron nuevas demandas de apoyo y de acompañamiento de organizaciones internacionales y de la solidaridad externa.

Los incidentes ocurridos por el clima de presión hostil implicaron amenazas e intimidaciones a la seguridad de los testigos que exigieron coordinar acciones de protección y denuncia, así como de manejo de información con las instituciones nacionales e internacionales acompañantes (MINUGUA, acompañantes solidarios, FRMT, ODHAG). Sin embargo, el segundo juicio tuvo que ser enfrentado prácticamente solo por la comunidad, contando con poco acompañamiento. Al comparar la experiencia del acompañamiento externo, intensivo en el primer juicio y ausente en el segundo, los testigos han evaluado la necesidad de sentirse acompañados porque da más seguridad emocional. A la vez valoraron el intercambio, el acompañamiento y el apoyo emocional surgido de sus propias fuerzas e ingenio.

CUADRO 9.4. ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL DURANTE EL PROCESO JUDICIAL

Reacciones emocionales y/o situación de las víctimas durante el proceso	Papel del acompañamiento psicosocial
Miedo (a las represalias, a no saber cómo responder, a la manipulación).	<ul style="list-style-type: none"> • Normalizar reacciones. • Ayudar a expresar el miedo y ponerle nombre (miedo a qué). • Analizar las alternativas situando claramente el contexto.
Reactivación de emociones, sueños y recuerdos traumáticos respecto al momento de los hechos.	<ul style="list-style-type: none"> • Normalizar y analizar conjuntamente sus reacciones. • Reconocer sus formas de dar sentido a la experiencia. • Fortalecer los mecanismos de afrontamiento en los momentos de crisis (antes y después de la declaración judicial...).
Percepción de minusvaloración del dolor y de la dignidad de las víctimas.	<ul style="list-style-type: none"> • Información anticipatoria sobre situaciones frecuentes en los juicios. • Habilidades de asertividad. • Fortalecer el sentido que tiene el juicio para las víctimas.
Esperanza y ambivalencia frente a su actuación en el proceso y los resultados del juicio.	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar las dificultades y posibilidades de forma realista. • Concretar los objetivos y carácter de declaración.
Dudas sobre capacidad individual para enfrentar la audiencia pública.	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer proceso de grupo, la dimensión de apoyo mutuo y sus formas de entender el proceso como una lucha colectiva por la justicia. • Propiciar la calma y enfatizar la importancia de centrarse en sí mismas y la autenticidad del testimonio.

Muchas de las percepciones compartidas confirman que el segundo juicio, desarrollado en condiciones similares de impunidad, incertidumbre y descontrol del proceso jurídico, fue enfrentado satisfactoriamente porque la experiencia y los desafíos del primero significaron un aprendizaje y una preparación psicológica ventajosa para el futuro, por ejemplo valorando cómo protegerse del miedo y cómo usarlo para prevenir riesgos y evaluar situaciones. Los testigos ya sabían que la lucha judicial los golpearía de nuevo emocionalmente, pero también eran conscientes del valor del apoyo mutuo. Esta dimensión colectiva ayudó a aliviar los efectos del estrés judicial y fortaleció la participación, tanto en sus actividades comunitarias como en los talleres conducidos por nuestro equipo.

El segundo juicio se abrió con denuncias de pruebas documentales desaparecidas del propio juzgado e incluso una carta de amenaza al juez. Su desarrollo repitió el trato discriminatorio y de manipulación para confundir y descalificar sus declaraciones, culpando a las víctimas, esta vez acusando a personas concretas, lo que

golpeaba aún más a los testigos, y profundizando los sentimientos de soledad y abandono social. En este contexto, las víctimas no tenían expectativas de una respuesta favorable, por lo que hubo reacciones de satisfacción por la condena inesperada: *«Pensábamos que iban a liberar a todos los soldados, pero no fue así, salieron condenados. Esta última sentencia fue un logro histórico en Guatemala, porque fue para gente de pocos recursos, para una comunidad de campesinos después de 9 años de lucha»*. Pero también se renovó el miedo a las repercusiones del castigo: *«nos entró el miedo de que de repente mandaran a alguien a hacer daño a la comunidad»*.

6.3. Experiencias de apoyo emocional y social

El acompañamiento mutuo y la comunicación entre los testigos fue un elemento clave para fortalecer su participación. Los testigos que fueron además damnificados son más vulnerables al acoso y al hostigamiento. Por ello ha sido importante participar en el juicio junto a otros testigos no directamente afectados, que sufrieron el estrés judicial al igual que ellos, pero mostraban menos miedo y eran más reivindicativos. Entre ellos se prestaron fuerzas y apoyo emocional para continuar enfrentando la manipulación hostil del proceso. Algunos de los testigos eran promotores de salud y educación, y fueron ellos quienes, debido a su experiencia previa en salud mental, ayudaron a identificar y apoyar durante el juicio a las víctimas más vulnerables y en situación de riesgo.

Un valor central del apoyo del grupo ha sido prestarse fuerzas mutuamente, confrontar los miedos y analizar los obstáculos para enfrentarlos más creativamente. *«Hay que entrar fuerte, si no le agarra a uno la nerviosidad; ellos no me dieron nada de miedo... Hay que ser fuertes, ese rato que él me estaba chingando, ya me estaba enojando.»*

En ambos juicios, los testigos valoraron el apoyo de la comunidad y de los líderes y el sentimiento de unión en torno a la lucha por buscar justicia. La fortaleza de la cohesión comunitaria ayudó a enfrentar las consecuencias y repercusiones negativas de luchar contra la impunidad. Si bien el apoyo comunitario ha ido reduciéndose con el tiempo, nunca ha desaparecido del todo, reactivándose ante momentos críticos como un efecto positivo e integrador de la identidad social.

Como se ha demostrado en otras experiencias, el grupo proporciona protección y acompañamiento, reduciendo las vivencias de soledad y aislamiento, agravados por el estigma de participar en juicios políticos. El grupo ha sido recipiente afectivo y por él ha circulado la información del proceso judicial que los testigos necesitaban saber para controlar el proceso y socializar el impacto en sus vidas.

En conjunto, el apoyo y el acompañamiento psicosocial comprendió una serie de acciones en el ámbito de la comunicación, la atención en salud mental, el apoyo mutuo solidario, los grupos de auto-ayuda formados por los testigos o afectados y los líderes involucrados en el proceso judicial. Algunas fueron:

1. Análisis e intercambio de información sobre la coyuntura política y sus efectos en el proceso judicial.
2. Manejo de los rumores y las versiones sobre la masacre que se reactivaron durante el juicio entre los testigos y en la comunidad.
3. Análisis de los efectos comunitarios de las diligencias judiciales.
4. Previsión de riesgos y medidas de seguridad y protección para los testigos.
5. Apoyo en salud mental de las redes sociales y los roles comunitarios.
6. Encuentros y talleres de sensibilización con otros sectores y comunidades organizadas de la sociedad civil comprometidas con la lucha contra la impunidad,
7. Balance comparativo de los dos juicios.
8. Discusión y consenso entre los damnificados respecto a las demandas de resarcimiento.

Todas estas acciones fortalecieron a los testigos y apoyaron el proceso comunitario en torno a los procesos judiciales. La participación en ambos juicios defraudó las expectativas de las víctimas en el sistema de justicia aunque no detuvo sus aspiraciones ni su lucha por la justicia; al final, la confianza en el futuro fue remontada con un resultado tan inesperado como esperanzador. *«Ha sido una lucha tan larga y riesgosa, pero se logró, después de tanta lucha que hicimos, aunque estábamos solitos, sin defensa, sin asesoría jurídica»*. «Fue algo que nos alegró a todos porque sí costó lograrlo. Fue algo simbólico. Plantamos unos arbolitos en el bordo de la masacre con la idea de que el proceso judicial iba a ser largo y ahora ya tienen flores y son arbolitos grandes. Con esa idea sembramos esa semilla de justicia no solamente para la comunidad sino para el pueblo de Guatemala. Simbólicamente igual es con el proceso que sí ha dado sus frutos, igual como han crecido los árboles del bordo. Este precedente es como un camino para los otros» (Cabrera, 2005).

Esta interpretación de la lucha judicial es un homenaje del sentido cultural que le otorgan para redignificar a sus muertos. Lo que vincula las experiencias de lucha por la justicia con los procesos político culturales de las comunidades mayas en Guatemala.

7. CONCLUSIONES

Algunos aprendizajes

En este capítulo hemos tratado de reconstruir una parte del proceso de la comunidad y del trabajo de acompañamiento en salud mental y en los juicios desarrollados posteriormente.

Este trabajo nos ha dado la oportunidad de compartir muchas experiencias con la población directamente afectada por la violencia en Guatemala. Nuestra aportación en términos de apoyo y acompañamiento ha supuesto a la vez un gran aprendizaje a partir del trabajo con las familias y los distintos sectores organizados de la comunidad. Los mayas dicen que los caminos son de ida y vuelta: si vamos a preguntar es porque vamos a hacer, y si vamos a hacer es también porque vamos a aprender. Además, los desafíos de la intervención psicosocial tejen también a los equipos que las llevan a cabo, por lo que deben ser incluidas en las agendas de trabajo. Muchas de las cosas que se describen en este capítulo como experiencias de la gente, han sido también parte de nuestra propia experiencia: la impotencia, el miedo, las intimidaciones, pero también el ánimo, la puesta a prueba de nuestras convicciones y nuestras esperanzas y la energía del proceso de reconstrucción de la comunidad.

Hay también muchos aprendizajes para otras experiencias de acompañamiento y apoyo a poblaciones que han sufrido episodios de violencia masiva o viven todavía en graves condiciones de amenaza para su vida. Entre los aspectos que ha tratado de tener en cuenta este trabajo queremos destacar:

1. La importancia de considerar las experiencias traumáticas colectivas, como la que se describe en este capítulo, desde su impacto colectivo e individual, pero también revalorizando los mecanismos y aspectos positivos que las familias y las comunidades desarrollan para enfrentar la situación. Las poblaciones afectadas no pueden ser sólo consideradas como víctimas, sino como portadoras de una serie de recursos básicos para rehacer su vida. Su apoyo y estímulo debe ser la base de los programas de salud mental.
2. El conocimiento de la historia previa de la comunidad, así como la toma en consideración de las consecuencias del proceso judicial y las formas de ayuda humanitaria, ha contribuido a tener un enfoque más integral del trabajo en salud mental. Los programas de salud mental no pueden entenderse como una intervención técnica, descontextualizada históricamente, ni pensar que aspectos no específicamente ligados al hecho traumático pero implicados directamente en los esfuerzos de la gente por su reconstrucción carecen de interés para las intervenciones. Los aspectos legales, tales como el proceso de investigación

judicial, las implicaciones de procedimientos jurídicos, o los aspectos políticos del problema tienen que ser considerados desde una perspectiva amplia.

3. Considerar la cultura maya como una fuente de recursos nos ayudó a entender muchas de las formas de respuesta al dolor, acompañamiento del duelo, atribución de sentido a la experiencia, formas de apoyo mutuo, formas de enfrentar la lucha contra la impunidad del proceso judicial etc. Esos recursos han sido básicos para la activación comunitaria con una gran participación social en esta experiencia. Los aspectos culturales intervienen tanto en los significados del hecho (concepto de trauma, atribución de causalidad, etc.) o las formas de expresión del sufrimiento (que en otros contextos pueden ser vistos como negación o evitación), como en los roles comunitarios (papel de los ancianos en el proceso de duelo, por ejemplo), o el valor de los recursos colectivos (cultura en este caso colectivista en la que la identidad individual tiene un fuerte carácter colectivo, de pertenencia), por lo que deben considerarse en cualquier programa psicosocial.
4. El enfoque comunitario, a pesar de las dificultades propias de la situación y de las graves necesidades de la gente, ha supuesto una forma de trabajo colectivo con gran variedad de actividades y una orientación de tipo transversal que ha acompañado al proceso de reconstrucción del tejido social de la comunidad en sus distintas expresiones. La combinación de distintas experiencias, la escucha y el respeto del ritmo de la comunidad, y la disponibilidad para ofrecer apoyos y alternativas de trabajo con los grupos más afectados constituyen un aspecto básico de este enfoque. El papel multiplicador de los agentes de salud comunitarios, aún con todas sus limitaciones y reajustes permanentes, es clave para la rearticulación del tejido social.
5. El acompañamiento en salud mental durante los juicios contó con la ayuda de los aprendizajes acumulados durante el proceso de reconstrucción después de la masacre. Sin embargo, se necesitaron también actividades específicas de apoyo, aunque no estaban previstas en el programa inicial ni en los cálculos de tiempo y disponibilidad económica para el programa. En estos casos, dado que no hablamos sólo de personas que han sufrido un hecho traumático colectivo, sino de gente que está luchando por sus derechos, y de la dignidad de las víctimas, es importante incluir una estrategia más abierta. Por ello hay que considerar un enfoque psicosocial en el acompañamiento a los procesos judiciales que ayude a los familiares y testigos a enfrentar las dificultades y el estrés, y a tratar de influir de forma positiva para que las necesidades y la situación de las víctimas puedan ser tenidas en cuenta en los procesos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cabrera, M. L. (2005). *Violencia e Impunidad en comunidades mayas de Guatemala. La masacre de Xamán desde una perspectiva psicosocial*. Guatemala: ECAP y F & G Editores.
- Cabrera, M. L. y Martín Beristain, C. (2001). Resistiendo la impunidad en Guatemala. La dimensión psicosocial en un proceso político-judicial. *Nueva Sociedad*, 175, 43-59.
- De Rivera, J. (1992). Emotional Climate: Social Structure and Emotional Dynamics. En K.T. Strongman (Ed), *International Review of Studies on Emotion*, Volume 2. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Harrell-Bond, B. (1986). *Imposing Aid: Emergency Assistance to Refugees*. Oxford: OUP.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: The Free Press.
- Martín Beristain, C. y Riera, F. (1993). *Afirmación y resistencia: La comunidad como apoyo*. Barcelona: Virus.
- Martín Beristain, C. (1999). *Reconstruir el tejido social: un enfoque crítico de la ayuda humanitaria*. Barcelona: Icaria.
- Naciones Unidas (2005). *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*. Naciones Unidas. A/C.3/60/L.24
- Nolen-Hoeksema, S., McBride, A. y Larson, J. (1997). Ruminación and Psychological Distress among bereaved partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 855-862.
- ODHAG, Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala: Informe Proyecto InterDiocesano de Recuperación de la Memoria Histórica (1998). *Guatemala: Nunca Más. Vol. I, II y III. Impactos de la Violencia*. Tibás, Costa Rica: LIL/Arzobispado de Guatemala.
- Páez, D., Fernández, I. y Martín Beristain, C. (2002). Catástrofes, traumas y conductas colectivas: procesos y efectos culturales. En C. San Juan (Ed). *Catástrofes y situaciones de emergencia*. Barcelona: Icaria. Páginas. 85-148.
- Pennebaker, J. W. (1990). *Opening Up*. New York: Morrow and co.
- Pérez Sales, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sveass, N. (1995). The psychological effects of impunity. En *An Encounter at the crossroads of human rights violations and mental health*. Centre for Refugees. Oslo: University of Oslo.

CAPÍTULO 10

Implementación de un programa para demorar el inicio de la actividad sexual en adolescentes¹

Bárbara V. Marín, Karin Coyle,
Cherry Gardner y Jennifer Cummings



¹ Traducción de Amalio Blanco y Darío Díaz.

COMPENDIO DEL CAPÍTULO

Es necesario y urgente desarrollar programas de intervención psicosocial más eficaces para ayudar a que los jóvenes demoren el inicio de su actividad sexual y eviten así las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el embarazo prematuro. El programa que presentamos en este capítulo tiene precisamente ese objetivo e intenta conseguirlo mediante el desarrollo de un Currículum denominado *Traza la Línea/Respeto la Línea* (TL/RL). Lo hace utilizando como como guía las características de los programas que tienen impacto sobre las conductas de riesgo y de acuerdo al siguiente esquema:

1. Introducción
 2. Características de los programas que tienen impacto sobre las conductas sexuales de riesgo
 3. El desarrollo del Currículum
 4. Contenido del Currículum
 5. La ejecución del Currículum
 6. Cumplir lo prometido
 7. Conclusiones
-

1. INTRODUCCIÓN

En Estados Unidos, aproximadamente el 70 por ciento de los jóvenes son sexualmente activos antes de abandonar la escuela secundaria (Centers for Disease Control and Prevention, 2004). Por si fuera poco, entre el 13 y el 15 por ciento de ellos ya están enrolados en actividades sexuales a la edad de 15 años, o incluso antes, debido frecuentemente a la coacción procedente de sus parejas de mayor edad (Abma *et al.*, 2004). Una buena parte de esa actividad sexual acaba en un embarazo no deseado y/o en una enfermedad de transmisión sexual (Abma *et al.*, 2004). Los nacimientos procedentes de madres adolescentes han descendido en la mayoría de los países industrializados en los últimos 25 años (Singh y Darroch, 2000). En su estudio sobre las tasas de embarazo, nacimientos y abortos, estos autores ponen de manifiesto que en 1995 los nacimientos procedentes de madres adolescentes (entre 15 y 19 años) oscilan entre el 3,9 por mil en Japón y el 56,2 en Armenia. Durante ese mismo año, en Estados Unidos la tasa de nacimientos procedentes de este colectivo fue de 54,4. Los adolescentes estadounidenses presentan también mayor tasa de ETS debido, en parte, a que tienen más parejas sexuales y utilizan menos el preservativo que los de otros países desarrollados, como Canadá, Francia, y Suecia (AGI, 2004). Cumplimentada la primera fase en el diseño de un programa de intervención, de acuerdo con lo que hemos venido defendiendo en el Capítulo 2.

Los programas de educación para prevenir el VIH constituyen una prometedora estrategia de intervención encaminada a reducir las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes, pero no existen muchos programas de intervención dirigidos a este colectivo durante el periodo de educación básica (Kirby, Laris y Rolleri, 2005). Para paliar este déficit y como respuesta a esta situación, hemos desarrollado el Currículo *Traza la Línea/Respeto la Línea* («Draw The Line/Respect the Line») dirigido a chicos y chicas entre 10-13 años. El TL/RL ayuda a que los escolares de estas edades definan claramente dónde están sus límites a la hora de implicarse en actividades sexuales y pongan en práctica las habilidades necesarias para mantenerlos, incluso cuando dichos límites estén en peligro (Marín, Coyle *et al.*, 2003).

El Currículo forma parte de un proyecto de investigación financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental estadounidense (Grant # MH51515) en el que han participado un total de 19 escuelas de un área urbana del Norte de California que fueron asignadas de manera aleatoria a dos condiciones: diez de ellas siguieron el programa TL/RL con la ayuda de educadores de salud convenientemente entrenados, mientras que las otras nueve continuaron las actividades escolares obligatorias en el Estado de California referentes al VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, y a la prevención del embarazo. El Currículo TL/RL se mostró eficaz en demorar el inicio de la actividad sexual al nivel del noveno grado en los chicos, pero no en las chicas (Coyle *et al.*, 2004). Asimismo, en las escuelas donde se llevó a cabo la intervención, los chicos mostraron un nivel de conocimiento más alto que los que asistían a las escuelas donde no se llevó a cabo la intervención, percibieron menos normas de pares que apoyaban la actividad sexual, mostraron actitudes más positivas hacia las razones para no realizar actividades sexuales, mostraron unos límites sexuales más sólidos, e indicaron haber participado en menos situaciones susceptibles de conducir a una actividad sexual. En el caso de las chicas no hubo diferencias significativas a excepción de las normas de pares en el mismo sentido de los chicos.

Este capítulo se centra en los aspectos críticos del desarrollo del Currículo, su contenido y su implementación en un entorno escolar.

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS QUE TIENEN IMPACTO SOBRE LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO

En una reciente revisión, Kirby, Laris y Rolleri (2005) contabilizaron 83 evaluaciones de programas de educación sexual y VIH llevadas a cabo en países desarrollados y en vías de desarrollo. Todos estos programas

contienen una serie de lecciones escritas, con sus objetivos y actividades específicas, que se ponen en marcha en el contexto escolar, en clínicas médicas especiales para adolescentes, o en el seno de la comunidad. Uno de los aspectos de esta revisión incluye un análisis cualitativo de los currículos a fin de señalar aquellas características comunes que se hubieran mostrado eficaces en la reducción de las conductas sexuales de riesgo. Según este estudio, estos programas tienen en común 17 características pertenecientes a alguna de las tres siguientes categorías (véase Cuadro 10.1):

1. Dimensiones pertenecientes al desarrollo del currículum: *a)* uso de un modelo lógico o de una aproximación conceptual al desarrollo del programa, y *b)* estudio piloto.
2. Dimensiones pertenecientes al contenido del currículum: *a)* establecimiento de metas de salud claras, y *b)* señalamiento de los múltiples riesgos psicosociales así como de los factores de protección.
3. Dimensiones pertenecientes a la implementación del currículum: *a)* uso de educadores con entrenamiento, y *b)* permiso de los administradores escolares y de los padres.

El programa *Traza la Línea/Respeto la Línea* abarca las características de los currículos eficaces descritos por Kirby *et al.* (2005). Utilizando como guía este programa, vamos a describir cómo hemos desarrollado el currículum, vamos a discutir los puntos principales de su contenido, y a relatar cómo hemos obtenido el permiso de los administradores de la escuela y de los padres, y cómo lo hemos implementado en el contexto escolar.

3. EL DESARROLLO DEL CURRÍCULUM

Como vemos en el Cuadro 10.1, el desarrollo del Currículum abarca 5 de las 17 características. Todas ellas fueron manejadas en el desarrollo del programa *Traza la Línea/Respeto la Línea*.

3.1. Equipo multidisciplinario

El equipo que llevó a cabo el estudio estaba formado por personas de diversa formación. Entre ellas había especialistas en desarrollo adolescente, en competencia cultural, en desarrollo curricular, en investigación de conductas de riesgo, en salud y en evaluación. El desarrollo del Currículum se vio reforzado por la inclusión de los educadores de salud como miembros activos del equipo. En el capítulo de Silvia Ubillos observamos también la presencia de agentes de salud en los talleres de «Sexo Seguro por Pares».

3.2. Marco de referencia conceptual

Nuestros esfuerzos en el desarrollo del Currículum tuvieron como guía una matriz conceptual con ayuda de la cual delimitamos los principales objetivos conductuales y los factores protectores y de riesgo relacionados con cada objetivo. El currículum TL/RL tiene como base la teoría socio-cognitiva (Bandura, 1986) y la teoría de la inoculación (McGuire, 1964, 1972). La teoría socio-cognitiva propone que la conducta es consecuencia de la interacción procedente de variables personales, ambientales y conductuales. Los factores personales incluyen rasgos y cogniciones que incrementan o reducen la probabilidad de ejecutar una determinada conducta, como puede ser el nivel de conocimiento respecto a esa conducta, los valores, las actitudes y creencias, y la auto-eficacia percibida. Los factores ambientales incluyen cualquier aspecto del ambiente (físico o social) que alienta o frena una conducta, como modelos de rol influyentes, apoyo social o normativo, y la disponibilidad de recursos necesarios. Finalmente, las influencias comportamentales inciden directamente sobre la conducta; entre ellas se cuentan los modelos de conducta y las aptitudes. El marco socio-cognitivo también nos ofrece pautas

**CUADRO 10.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS EFICACES (Kirby, Laris y Rolleri, 2005).
Reproducido con permiso de Family Health International**

Desarrollo del Currículum	Contenido del Currículum	Implementación del Currículum
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implica la participación de gente diversa con diversa formación teórica, en investigación y formación en los temas de VIH y educación sexual. 2. Uso de un modelo lógico de desarrollo del Currículum que concrete las metas, las conductas relacionadas con dichas metas, los factores de riesgo y de protección que afectan a dichas conductas, y las actividades relacionadas con esos factores de riesgo y de protección. 3. Evaluación de necesidades y definición de los grupos diana. 4. Asignar actividades coherentes con los valores comunitarios y con los recursos disponibles. 5. Estudio piloto. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Crear un ambiente social sano y propicio para la participación de los adolescentes y jóvenes. 2. Centrarse en metas de salud claras: prevención del VIH, de ETS y del embarazo. 3. Concretar las conductas que llevan a esas metas de salud (por ejemplo: no mantener relaciones sexuales, usar preservativos, etc.), transmitir mensajes claros en torno a esas conductas y señalar situaciones que pueden acercarnos o alejarnos de ellas. 4. Señalar los múltiples factores psicosociales de riesgo y de protección que afectan a la conducta sexual (conocimiento, percepción del riesgo, valores, actitudes, norma percibida y auto-eficacia). 5. Incluir actividades para cambiar los factores de riesgo y promover los factores de protección. 6. Emplear métodos de instrucción que implican activamente a los participantes, que les ayuden a personalizar la información, y diseñados para cambiar el curso de los factores de riesgo y para favorecer los de protección. 7. Usar actividades, métodos de instrucción y mensajes apropiados a la edad, a la cultura juvenily a la experiencia sexual. 8. Exponer los tópicos en una secuencia lógica. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. En la medida de lo posible, seleccionar educadores de salud con las características deseadas y entrenarlos después. 2. Asegurar al menos un mínimo apoyo de las autoridades competentes, tales como Ministerio de salud, autoridades escolares u organizaciones comunitarias. 3. Cuando sea preciso, llevar a cabo actividades para reclutar jóvenes y salvar las barreras que impiden su implicación y compromiso con el programa. 4. Implementar todas las actividades con la máxima fidelidad.

para la adquisición de nuevas conductas, teniendo en cuenta que la gente las puede aprender directamente a través de la educación y la experiencia, e indirectamente por medio de la observación de la conducta de los otros.

Como su mismo nombre indica, los procesos de influencia social «ocurren siempre que una persona (P) cambia su comportamiento como resultado de la inducción por parte de otra persona o grupo, el agente de influencia» (Kelman, 1982, p. 385). Los mecanismos de influencia social incluyen normas sociales, redes sociales y modelado (McGuire, 1972). A pesar de diferencias concretas, las aproximaciones teóricas al estudio de la influencia social enfatizan las expectativas conductuales y las normas sociales presentes en un determinado ambiente, y preparan al sujeto para anticipar y resistir la presión que lo empuja a implicarse en conductas de riesgo.

Enmarcado en estas dos teorías, el Currículum incluye entrenamiento en habilidades cognitivas y conductuales, así como modelado por pares y por adultos que actúan como facilitadores. Más tarde comentaremos los detalles sobre los contenidos específicos del currículum.

3.3. Evaluación de necesidades y habilidades de protección

La fase de desarrollo del proyecto se prolongó a lo largo de dos años. Uno de los primeros pasos incluyó la revisión de datos sobre la conducta sexual de los adolescentes y el estudio de datos procedentes de la región en la que se iba a implementar el proyecto. Se hicieron entrevistas con grupos focales por sexos y por grados (6, 7 y 8) a fin de llegar a una mejor comprensión de las presiones a las que se enfrentan los escolares a estas edades, de sus preocupaciones sobre las relaciones, citas y/o comportamientos sexuales, y de todos aquellos elementos que influyen en las decisiones de los adolescentes relativas a sus conductas sexuales de riesgo. Ya hemos indicado que los grupos focales se formaron por sexo y grado a fin de fomentar la discusión y es necesario añadir que se llevaron a cabo tanto en inglés como en castellano.

3.4. Consistencia con los valores comunitarios y con los recursos disponibles

Durante los tres años que duró el programa, los escolares de nuestro estudio tenían entre 10 y 13 años. Elegimos estas edades para tener la oportunidad de educar a los adolescentes antes de que una gran parte de ellos se iniciaran en conductas de riesgo, y porque apenas se disponía de datos sobre el funcionamiento de programas de intervención para esas edades. A pesar del amplio apoyo que ha encontrado la educación sexual en las escuelas (Albert, 2004), algunos padres y escolares se sienten incómodos cuando se tratan estos temas. Durante el estudio piloto encontramos que los escolares de sexto grado tenían dificultades en pronunciar incluso la palabra «sexo», y utilizaban perífrasis tales como «esa palabra que empieza por ese», o genéricamente «eso». Una madre nos dijo que su hija todavía jugaba con muñecas y no creía que estuviera preparada para hablar de sexo. En nuestros estudios, sin embargo, encontramos que alrededor del 5 por ciento de los escolares de sexto grado confesaban haber mantenido relaciones sexuales, y eso indicaba que los estudiantes a los que pretendíamos aplicar el TL/RL eran muy diferentes en cuanto a sus necesidades y en cuanto a sus experiencias (Gómez *et al.*, 2003). En octavo grado encontramos que muchos de los escolares creían que la mayoría de sus compañeros ya habían mantenido relaciones sexuales, a pesar de que nuestros datos sugerían que era sólo el 20 por ciento (Gómez *et al.*, 2003).

Por todo ello, utilizamos una aproximación acorde con la edad, es decir, consistente con las necesidades de los escolares y de sus padres, para mantener el contenido del Currículum. Concretamente, las lecciones para el sexto grado estaban diseñadas para introducir los conceptos de norma de grupo, presión de grupo y habilidades de rechazo. Empleamos tópicos no-sexuales (asuntos relacionados con robos, apuestas y el uso del tabaco) para ilustrar y ejercitar las estrategias y las habilidades. Los temas sobre relaciones, presiones sexuales, consecuencias de la relación sexual y el uso del preservativo no fueron introducidos hasta el séptimo y octavo grado. Esta estrategia contó con el apoyo de los responsables de la escuela, de los propios escolares y de sus padres. Apenas hubo padres que pidieran excluir a sus hijos de las lecciones en ningún grado.

3.5. Estudio piloto del Currículum

Las lecciones pasaron varias veces por un estudio piloto con una población de escolares semejante a la que se utilizó en la investigación. La primera prueba piloto se realizó con los borradores de las lecciones a fin de extraer información de su funcionamiento en la clase y poder modificarlas en caso de que fuera necesario. Dos educadores de salud, con sus estilos docentes particulares y su particular manera de llevar la clase, fueron probando el funcionamiento de las lecciones, al tiempo que otros dos educadores de salud y un investigador los observaban. Los escolares evaluaban cada lección, y mediante una discusión informal dirigida por un observador hacían sugerencias para su mejora. Sobre esta base, el equipo de investigación revisaría el contenido de las lecciones y/o su secuencia. Este proceso nos permitía modificar el Currículum a fin de satisfacer las necesidades

de los estudiantes, y ofrecía a los educadores una valiosa oportunidad para ensayar las lecciones (los contenidos y las estrategias de enseñanza) antes de empezar el estudio formal. Las lecciones revisadas fueron probadas de nuevo en una escuela diferente como parte de un segundo estudio piloto.

Después de las revisiones realizadas tras el primer piloto, se llevó a cabo un segundo estudio piloto en dos escuelas fuera del área en la que se iba a llevar a cabo la intervención. Como en el primer caso, este piloto fue considerado como una práctica para los educadores de salud en la medida que les permitía familiarizarse con las lecciones revisadas. Durante este estudio todos los educadores de salud impartieron cada lección en dos o tres clases y observaron al menos la exposición de un compañero. Este segundo piloto incluyó clases de educación especial y en él participaron escolares monolingües en español que nos ofrecieron la oportunidad de evaluar el Currículo con poblaciones diferentes y ajustarlo también a sus necesidades. El equipo de investigación observó todas las lecciones. Una parte de los estudiantes que participaron en el estudio piloto completaron un cuestionario sobre las lecciones. Inmediatamente después, los educadores y el equipo de investigación se reunieron para revisar la retroalimentación procedente de los estudiantes y discutir los asuntos finales (estrategias de enseñanza, contenido, secuencia de la lección, etc.). El estudio piloto fue una herramienta importante en el proceso de desarrollo del Currículo, y fue asimismo decisivo para entrenar a los facilitadores del programa antes de iniciar el estudio.

4. CONTENIDO DEL CURRÍCULO

De las 17 características de un currículo efectivo, los contenidos del Currículo abarcan 8. El programa *Traza la Línea/Respeto la Línea* tuvo en cuenta los ocho.

4.1. Crear un ambiente social apropiado para los participantes

Como en el caso de otros programas que han mostrado su eficacia, el TL/RL incluye actividades que propician el desarrollo de un clima que favorece la participación, lograr acuerdos en la clase y discutir temas confidenciales.

4.2. Centrarse en metas de salud claras

El programa TL/RL se diseñó a fin de reducir las conductas sexuales de riesgo que pueden conducir a contraer el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, o el embarazo no deseado.

4.3 Centrarse en conductas específicas que nos llevan hasta esas metas

El mensaje central del Currículo consiste en advertir que posponer el inicio de la actividad sexual es la mejor elección para adolescentes en el periodo escolar correspondiente a los 10-13 años. El programa anima a poner límites a su actividad sexual, a no mantener relaciones sexuales y a evitar situaciones que pueden desembocar en dicha actividad. Como a estas edades hay ya adolescentes que han iniciado su actividad sexual, se incluye un mensaje secundario que enfatiza el uso del preservativo a fin de reducir el riesgo de VIH u otras enfermedades de transmisión sexual, y el peligro de quedar embarazadas. Finalmente, se incluyen mensajes que ponen el acento en el respeto: se anima a los escolares a respetar los límites sexuales de los otros y a evitar coaccionar a otros en el campo de la actividad sexual.

4.4. Referencia a múltiples riesgos sexuales y factores protectores que afectan la conducta sexual

El programa *Traza la Línea/Respeto la Línea* se diseñó a fin de incidir sobre aquellas variables mediadoras procedentes de nuestros modelos teóricos. Las variables centrales incluían el conocimiento, las actitudes (las relacionadas con la conducta sexual), creencias (creencias normativas) y la auto-eficacia para rechazar la actividad sexual, definir la línea que limitaba con dicha actividad, concretar las situaciones susceptibles de conducirnos a la actividad sexual y resistir a la presión.

4.5. Inclusión de actividades múltiples

A lo largo de las 19 lecciones del currículum (véase Cuadro 10.2) se utilizaron múltiples actividades para acercarse a los factores de riesgo y protección que fueron definidos como objeto de cambio. En los últimos grados las lecciones se basaban en contenidos previamente manejados y añadían nuevos retos.

CUADRO 10.2. LAS 19 LECCIONES DEL PROGRAMA TRAZA LA LÍNEA/RESPETA LA LÍNEA

Sexto Grado	Séptimo Grado	Octavo Grado
1. Traza la línea / respeta la línea	6. Bienvenida	13. El VIH y los adolescentes
2. Pasos para trazar la línea (1)	7. Razones para no mantener relaciones sexuales	14. El reto de trazar la línea
3. Pasos para trazar la línea (2)	8. El manejo de situaciones de riesgo	15. Momentos difíciles
4. El reto del role-playing	9. Trazando la línea en situaciones que pueden llevarnos a mantener relaciones sexuales	16. Aguanta hasta el límite que has fijado
5. Los amigos/as respetan la línea	10. Las ETS	17. Hablado con un portador de VIH
	11. ETS y las relaciones entre sexos	18. Reduce tus riesgos
	12. Hacer un compromiso	19. Mantente sano

4.6 Empleo de enseñanza interactiva que personaliza la información

Las modalidades del aprendizaje interactivo ofrecen beneficios para los escolares y para los educadores de salud. Las lecciones adquirieron un formato interactivo a fin de adaptarse a los diferentes estilos de aprendizaje de los estudiantes. Por ejemplo, hay personas que aprenden mejor cuando tienen la oportunidad de moverse (*kinesthetic learners*); éstas se benefician de actividades que les permiten utilizar movimientos de largo alcance y aplicar sus aprendizajes (Tileston, 2005). A fin de ajustar este estilo de aprendizaje, se incluyeron actividades que exigían a los escolares estar de pie y moverse de una parte a otra. Para enseñar el concepto de «definir y trazar los límites» utilizamos, por ejemplo, una actividad denominada «Simón dice». A los escolares se les pedía que siguieran las consignas de Simón (saca la lengua, quítate el zapato del pie derecho) hasta llegar a un punto en el que se plantaban y se negaban a seguir las indicaciones y requerimientos de Simón. En esta actividad participaban escolares que permanecían de pie y utilizaban movimientos de largo alcance (caminar de un sitio a otro, tocar la cabeza con la mano, etc.), los *kinesthetic learners*.

Otras lecciones incluían vídeos, cuentos, actividades escritas, actividades y juegos en pequeños grupos, la presencia de un invitado y role-play. A los estudiantes se les invitaba a interactuar entre ellos a fin de elaborar preguntas, provocar una tormenta de ideas, o escenificar la aplicación de las habilidades aprendidas. No fue una sorpresa que respondieran de manera positiva a las actividades de interacción; de hecho, con frecuencia pedían

repetir los juegos, realizar más actividades o ver otro vídeo. Las lecciones con actividades múltiples, con objetivos e instrucciones claras, y con tiempo suficiente hacen más fácil el manejo de la clase.

Pasemos ahora a describir los métodos de aprendizaje y su importancia en el currículum.

4.6.1. Práctica de habilidades, modelado y role-playing

Partiendo de la teoría socio-cognitiva de Bandura (1989;1992) nuestro programa señalaba con claridad las habilidades que debían aprenderse y la eficacia de cada una de ellas, a la vez que introducía indicaciones para su aprendizaje y puesta en práctica mediante el role-playing, así como retroalimentación positiva y correctiva. Por ejemplo, los escolares aprenden los pasos para poner límites a la presión (a decir que no van a hacer algo que alguien les está presionando para hacer).

1. Los estudiantes aprenden a identificar las características de cada uno de los pasos.
2. Los estudiantes ven a otra persona que ejecuta cada uno de los pasos.
3. Observan un ejemplo del uso eficaz e ineficaz de estos pasos, lo comparan y lo contrastan.
4. Tienen oportunidad de practicar cada uno de los pasos necesarios para poner límites a la presión. Lo hacen respondiendo de manera individual a una serie ordenada de frases de presión insertas dentro de un guión de role-playing: una conversación con algunas partes en blanco que el estudiante tiene que rellenar. Una vez realizada esta tarea, leen la conversación en parejas.
5. Ofrecen retroalimentación hablando de lo que han oído y han visto, de lo que les ha parecido bien y de lo que han echado en falta para poner límite a la presión.

Las situaciones en el role-playing eran cada año más exigentes a fin de que los chicos y chicas tuvieran la oportunidad de reforzar su auto-eficacia en el uso de esa estrategia.

4.6.2. Inoculación social

Un componente importante del Currículum consistía en ayudar a los adolescentes a responder a desafíos a sus límites sexuales; desafíos que pueden adquirir la forma de presión procedente de su pareja, pero que pueden incluir también sus propios deseos o necesidades. Como hemos mencionado en el primer epígrafe, la teoría de la inoculación social (McGuire, 1964) propone que los individuos están mejor preparados para combatir una situación difícil que amenaza su intención de conducirse en una determinada dirección si y cuando de alguna manera han anticipado o han previsto la posibilidad de que dicha situación pueda presentarse. Hemos manejado esta teoría en nuestro Currículum ofreciendo a los escolares la oportunidad de identificar situaciones, presiones o sentimientos internos que podrían suponer una amenaza a la hora de trazar los límites. En el séptimo grado, los estudiantes escuchaban la historia de una joven pareja que había mantenido relaciones sexuales, y se les preguntaba que identificaran aspectos de esa historia que ofrecían signos de que podía ocurrir la relación sexual. Después, elegían una de esas señales de alarma y consideraban: *a)* qué se podría haber dicho o haber hecho una vez consciente de la señal de alarma, y *b)* por qué puede resultar difícil para ellos escapar de la situación.

4.6.3. Invitado con VIH

Uno de los retos a los que se enfrentan los programas de prevención del VIH consiste en ayudar a los estudiantes a comprender su realidad y motivarlos para evitar conductas que los pueden colocar en riesgo de infección. En el Currículum del octavo grado se intentó manejar el concepto de vulnerabilidad personal y crear empatía y compasión respecto a las personas que viven con el VIH. Tras varios debates sobre las posibles respuestas de

los padres y de los responsables de las escuelas, y tras una discusión sobre su pertinencia decidimos invitar a alguien que hablara a los de octavo de sus experiencias como portador del VIH. Cada uno de los educadores de salud tomó contacto con una organización local para invitar a una persona con VIH entrenada a hablar de sus experiencias a estudiantes. Una vez que los invitados recibieron instrucciones sobre lo que podía ser apropiado o inapropiado decir en su charla, hablaron con los escolares alrededor de 30 minutos relatando aquellas decisiones que les condujeron a la infección, las reacciones de sus padres ante la noticia, y cómo cambia la vida cuando tienes el VIH. Los invitados exponían sus cuitas y tribulaciones personales con la enfermedad, y ello servía de ayuda a los estudiantes para entender que el VIH era algo que muy bien podía entrar a formar parte de su vida: muchos de los invitados eran relativamente jóvenes y se habían contagiado del VIH entre los 15 y 20 años. Los escolares podían identificarse fácilmente con ellos, y tenían además la oportunidad de hacerles preguntas anónimas: ¿qué dijo tu madre cuando supo que tenías el virus VIH? ¿Cuántas pastillas tomas al día? ¿Cómo ha cambiado tu vida desde que supiste que tenías la enfermedad? Todas estas preguntas sacaron a la luz un material que servía al invitado para dar información sobre cómo cambia la vida con el VIH. Pudimos observar que para los estudiantes el día que más interés despertaba era aquel en que le tocaba intervenir al invitado; tenían mucho interés en saber cómo discurría la vida de alguien con VIH. Aunque para muchos de los escolares era el primer contacto con un seropositivo, al final algunos confesaron que alguien de su familia o de sus amigos también lo era. La mayoría de los escolares confesaron en público haber desarrollado un sentimiento de mayor compasión hacia las personas con VIH como consecuencia de la presencia del invitado en la clase.

4.6.4. Preguntas anónimas

A los de séptimo y octavo grado se les ofreció la posibilidad de hacer preguntas de manera anónima. Se les invitaba a escribir una pregunta, una reflexión o sencillamente un saludo en una cartulina, de suerte que todos escribieron algo y eso impedía poder identificar a quienes habían formulado las preguntas. Fueron admitidas todas las preguntas, a excepción de aquellas que hacían referencia a asuntos personales de los educadores de salud. Éstos recopilaban las preguntas y se las llevaban a casa para preparar su respuesta. Al clasificar las preguntas, los educadores de salud tuvieron la oportunidad de seleccionar aquellas directamente relacionadas con los tópicos específicos de las lecciones (enfermedades de transmisión sexual, por ejemplo) y responderlas justamente el día en el que se tratara ese tema en clase.

El uso de preguntas anónimas incrementó la motivación y centró y alentó la discusión de temas sensibles. A menudo, el educador utilizaba esta estrategia para motivar a los chicos y chicas a la discusión, y prometía que si la lección contaba con la participación de un número aceptable, contestaría las preguntas anónimas al final de la clase. Los estudiantes estaban impacientes por escuchar la pregunta que habían hecho, y esta estrategia frecuentemente servía para incrementar la participación en clase y para reducir al mínimo las interrupciones. Aunque la mayoría de los educadores terminaba las lecciones dedicando un espacio a contestar las preguntas anónimas, uno de ellos lo hacía al revés: empezaba la clase planteando algunas preguntas. Era un método eficaz para centrar un tema. Como era de esperar, había muchas preguntas parecidas y eso facilitó que los estudiantes pudieran empezar a verbalizar y a sentirse cómodos con temas relacionados con la sexualidad. En definitiva, la técnica de fomentar preguntas anónimas se mostró como un instrumento no amenazante que permitió a los estudiantes plantearse preguntas que de otra manera no se hubieran planteado por pudor o por temor a ser percibidos como demasiado ingenuos o demasiado experimentados.

4.6.5. Horas de consulta

Las horas de oficina eran periodos de tiempo en los que el educador de salud estaba accesible fuera de clase para discusiones, preguntas o actividades prácticas. Esta actividad se llevaba a cabo normalmente durante el tiempo de la comida, una o dos veces por semana, bien en el despacho del educador o directamente en el patio del

colegio. Cuando se usaba el despacho, se procuraba utilizar un espacio donde los escolares pudieran sentirse tranquilos y al abrigo de cualquier asociación con temas disciplinarios. Era importante saber que disponían de un lugar donde poder procesar la información que habían aprendido durante las lecciones. Muchos acudían precisamente para hablar de lo que había ocurrido en la clase del día, pero también se convirtió en un lugar para jugar, para charlar o para tener confidencias con los amigos. Aunque había posibilidades de charlas privadas con el educador, la mayoría acudía al despacho en parejas o en grupo. Se utilizaron una variedad de métodos para crear ambientes que fomentaran el diálogo y permitieran a los estudiantes sentirse cómodos y seguros. Por ejemplo, algunos educadores les ofrecían juegos (cartas, dominó, ajedrez). Mientras jugaban, podían hacer preguntas o implicar al educador en una conversación que tratara sobre alguno de los tópicos del Currículum. Otra de las estrategias consistía en contestar preguntas anónimas en pequeños grupos. Unas veces el grupo cumplaba las cuestiones anónimas; otras, el educador echaba mano de preguntas anónimas que habían sido planteadas previamente. Algunos de los educadores utilizaban un «día de los chicos» y un «día de las chicas» para abordar cuestiones delicadas (demostración del uso del preservativo, por ejemplo). Otros educadores paseaban por el campus para hablar cara a cara con los estudiantes en particular o hacerlo en pequeños grupos. Esa estrategia ofrecía acceso a un mayor número de escolares.

Algunos de los temas que aparecían durante las horas de oficina estaban relacionados con asuntos de la escuela, con las relaciones entre personas del mismo sexo y de sexos opuestos; con temas de sexualidad, métodos de protección, barreras para el uso del preservativo, demostraciones de su uso y reacciones al invitado con VIH. Debido a la naturaleza de los tópicos manejados en el Programa TL/RL y debido igualmente a la relación con los escolares durante tres años, la mayoría de los educadores de salud tuvieron ocasión de conocer problemas serios y delicados: abuso físico, abuso sexual, violación, problemas familiares, miembros de la familia con VIH, conducta suicida, embarazo y miedos a enfermedades de transmisión sexual tras una relación. Dependiendo del problema, los educadores de salud les ofrecían recursos tales como folletos y números de servicios telefónicos que les podrían ser de utilidad, o bien los derivaban al consejero escolar o a los servicios médicos o de otra agencia. A los educadores se les pedía que denunciasen las situaciones de abuso a los Servicios de Protección del Menor a fin de que fueran investigadas y pudieran tener un seguimiento.

4.6.6. Actividades familiares

Uno de los objetivos centrales del programa consistía en ofrecer a los alumnos una oportunidad de hablar con un adulto en el que confiaran sobre temas relacionados con el programa. Para ello incluimos pequeñas actividades en casa en las que los escolares pedían interactuar con alguno de los padres u otro adulto en el que confiaran sobre los tópicos incluidos en el Currículum. Por ejemplo: en el séptimo grado, el Currículum incluía una discusión con un adulto de confianza sobre el embarazo, y cómo cambiaría la vida de un joven o de una una joven si ella quedara embarazada, tema que con frecuencia desembocaba en una discusión sobre los valores familiares. Eran tareas intencionadamente pequeñas y tenían el propósito de ofrecer una excusa para iniciar un diálogo entre padres e hijos sobre estos temas.

4.7. Uso de contenidos apropiados a la cultura, a la edad y a la experiencia sexual

El Currículum se desarrolló teniendo en cuenta la cultura a la que pertenecían los escolares, su edad y su experiencia sexual. Por ejemplo, las lecciones en el sexto grado ofrecían el desarrollo de habilidades en torno a temas alejados del sexo porque a esa edad muy pocos escolares son sexualmente activos. En el séptimo y octavo grado el desarrollo de habilidades se llevaba a cabo en un contexto mixto chicos-chicas (role-play centrado en poner los límites, signos de advertencia de que puede ocurrir la relación sexual, motivaciones para posponer la

relación sexual, etc.). Para incrementar su relevancia, el material utilizado era altamente interactivo y en la medida de lo posible siempre utilizaba una aproximación basada en alguna historia real.

Un área que fue difícil de abordar tuvo que ver con los diferentes niveles de maduración. Aquellas chicas que habían alcanzado tempranamente la menstruación era más probable que tuvieran novio; además, normalmente se trataba de un novio dos o más años mayor que ellas (Marín *et al.* 2006). El buzón de preguntas y las horas de consulta se establecieron para permitir que los estudiantes hicieran preguntas en privado, permitiendo que el trato pudiera ser personalizado y de acuerdo con sus niveles de desarrollo.

4.8. Cubrir los tópicos en una secuencia lógica

Se tuvo buen cuidado en secuenciar las lecciones del Currículum, tanto dentro del grado como a lo largo de los grados. Las primeras lecciones estaban pensadas para motivar a los estudiantes a evitar el VIH, otras enfermedades de transmisión sexual y el embarazo no deseado. A estas primeras lecciones seguían otras que presentaban contenidos sobre conocimientos, actitudes y habilidades para equipar a los escolares de argumentos con los que pudieran manejar sus límites sexuales. Como hemos comentado previamente, la secuencia horizontal (entre grados) comenzaba con contenidos no sexuales en el sexto grado y terminaba con el uso del preservativo en las relaciones sexuales (octavo grado).

5. LA EJECUCIÓN DEL CURRÍCULUM

Las cuatro características finales de los currículos eficaces identificadas por Kirby *et al.* (2005) de las que hemos dejado constancia en el Cuadro 10.1 hacen referencia a los factores relacionados con la ejecución; nuestro programa *Trazar la Línea/Dibujar la Línea* ha utilizado tres de ellos. Dado que la intervención fue desarrollada en un contexto escolar, no necesitamos ninguna estrategia especial para el reclutamiento de los estudiantes (tercera característica de la ejecución del currículo); tan sólo nos aseguramos de que los padres dieran su consentimiento a la participación de sus hijos.

5.1. Selección y entrenamiento de los educadores

Seleccionamos un equipo de educadores de ambos sexos que contaran con experiencia en temas relacionados con la educación sexual a jóvenes. Los educadores, muchos de los cuales eran bilingües y biculturales, fueron entrenados teórica y prácticamente en el Currículo antes de que diera comienzo el estudio. Todos ellos estaban sobradamente capacitados para la puesta en marcha de currículos interactivos, y además se manejaban espléndidamente con adolescentes.

5.2. El Apoyo de las Escuelas y de los padres

Un paso crítico a la hora de poner en marcha un programa escolar destinado a posponer la actividad sexual de adolescentes y jóvenes de ambos sexos, es el de asegurar el apoyo para el programa dentro de la propia comunidad escolar. En esta sección describiremos el trabajo con los distritos escolares hasta conseguir su apoyo al proyecto, la negociación con las instituciones escolares para obtener la aprobación de nuestro Currículum y el trabajo con la administración de la escuela para asegurar su puesta en marcha de manera suave y progresiva.

Asegurar la implicación de la escuela. Para conseguir financiación para este proyecto logramos que los distritos escolares firmaran unas cartas en las que mostraban su voluntad y buena predisposición para participar

en él. Llegar a ese compromiso costó casi un año en el transcurso del cual se enviaron las cartas, se hicieron llamadas telefónicas al personal de los distritos escolares, hubo reuniones, y se procedió a un seguimiento final para lograr las cartas de compromiso. Había una persona expresamente dedicada a esta tarea que empleó aproximadamente entre un 5 y un 10 por ciento de cada semana al reclutamiento de escuelas. La persistencia y el buen hacer fueron esenciales en este proceso, como lo fue asegurar que el estudio reportaría ventajas para la escuela (recursos educativos, contenido alineado con los requisitos del Estado de California sobre educación acerca del VIH). A pesar de haber realizado una cuidadosa planificación, tuvimos que afrontar diversos desafíos a lo largo de esta fase. En un distrito, por ejemplo, nuestros contactos clave se mudaron, y ello obligó a dedicar un tiempo adicional para restablecer las relaciones. En otro caso, uno de los distritos que había acordado participar y aportar la carta de cooperación rescindió su compromiso después de que un proyecto de investigación de otra Universidad hiciera algo que encolerizó a los administradores escolares.

Una vez obtenida la financiación, restaban otras dos actividades cruciales: asegurar la aprobación de las instituciones escolares para realizar el estudio, incluyendo la aprobación de la encuesta y de la versión final del Currículum, y buscar los educadores de salud que pondrían en marcha el plan de estudios estableciendo y consolidando las relaciones con el distrito y con los administradores de los centros, así como con los profesores.

Aprobación de las instituciones escolares. En los Estados Unidos, los Consejos Escolares son elegidos y tienen capacidad para tomar decisiones respecto al funcionamiento de la escuela (libros de textos, plan de estudios, personal). Cada distrito escolar tiene su propio Consejo. Como parte de la fase de reclutamiento, tuvimos que conseguir la aprobación de los Consejos Escolares en cada uno de los tres distritos. El proceso de aprobación varió en función del distrito, pero en general incluyó el envío y comunicación a los miembros del Consejo de los detalles sobre el procedimiento de la investigación, copias de las hojas de consentimiento, de la encuesta y del Currículum. En dos de los tres distritos el estudio fue aprobado al comienzo del primer año y se fue actualizando en años subsiguientes. En el tercer distrito, los Consejos Escolares prefirieron ir aprobando el proyecto año a año. Cada otoño se presentaba la versión final de las nuevas lecciones con la inquietud de si sería o no aprobada. Afortunadamente, los administradores del distrito quedaron entusiasmados con el Currículum y cada año fue aprobado sin trabas.

Relaciones de los educadores de salud con los administradores. Los educadores de salud dedicaron tiempo a familiarizarse con los administradores de los distritos a los que fueron asignados. Este proceso facilitó la puesta en práctica de la intervención en las escuelas del distrito. Por ejemplo, los educadores de salud y los administradores del distrito se reunían todos los años antes de comenzar el curso para programar el horario y el calendario de las clases. Juntos repasaban los objetivos del nuevo Currículum y los grados (y por tanto las edades de los estudiantes) que habrían de participar en el programa TL/RL. Una copia del Currículum quedó depositada en la oficina del distrito. Estas reuniones aseguraron que los administradores del distrito estuvieran bien informados sobre el proyecto y ayudaron además a mantenerlos implicados en él. De hecho, los administradores fueron incrementando progresivamente su apoyo y su implicación a medida que el programa satisfacía muchas de las necesidades de sus estudiantes.

Una vez conseguida la confianza de los administradores, los educadores de salud se reunieron con los directores de las escuelas que tenían asignadas. Con ellos repasaron el papel que deberían jugar, negociaron el espacio necesario para sus horas de consulta y prepararon la ejecución del Currículo. Los directores de las escuelas recibieron una copia de las encuestas y del Currículum para revisarlos. A los directores se les pidió que nombraran un coordinador de zona, un empleado de la escuela que pudiera servir como un primer enlace para las actividades relacionadas con el proyecto (calendario de la encuesta y programación de actividades, persona de contacto con los padres). La implicación y el apoyo de los directores se evidenció de manera especial a través de las interacciones personales con ellos, de la presentación de los miembros del equipo escolar a los educadores, por medio de invitaciones a las «noches de los padres» y a los encuentros de profesores. Los directores mostraron también su apoyo derivando las consultas de los estudiantes a los educadores de salud. La administración

de la escuela procuró que los educadores de salud se sintieran cómodos, apoyó en la programación horaria y ayudó a solucionar problemas. En una ocasión fue el propio Director quien apoyó el programa cuando el profesor principal no deseó que se impartiera el TL/RL en su clase.

Relaciones del educador de salud con los profesores. Era importante que los educadores de salud establecieran relaciones fluidas con los profesores de las clases en las que iba a ser impartido el programa, a ser posible antes de que se iniciara. Nada más comenzar el curso escolar, los educadores se reunieron con el coordinador de zona de cada escuela para definir qué clases recibirían el TL/RL. Solicitamos que las escuelas eligieran una clase donde aplicar por completo y a todos los alumnos el programa TL/RL. En la mayoría de los casos, el Currículo fue impartido en las clases de las materias de ciencias. Los educadores de salud se reunieron con los profesores, programaron los contenidos del Currículo y remitieron a los padres una carta para recabar su consentimiento para que sus hijos participaran en el programa. El formulario del permiso de los padres para la participación en el proyecto decía: «Si no quiere que su hijo/a participe, avise a la escuela por escrito»; pero para la participación en la encuesta los padres tenían que firmar una hoja de consentimiento diciendo que su hijo/a podría participar en los términos exigidos por nuestro «Comité Institucional Revisor».

Las relaciones con los profesores se fueron construyendo a lo largo de la programación de horarios. Los educadores de salud tuvieron que ser flexibles con el cambio de hora de sus clases debido a los exámenes y a las diversas actividades escolares (viajes al campo, reuniones, etc.). Una vez programadas, cada profesor recibió una carta en la que se le informaba del horario adjudicado a la clase del programa, se indicaban las necesidades de equipamiento (vídeos y TV) y se concretaba lo que se esperaba de los profesores durante el programa (apoyar al educador de salud en el manejo de la clase, ayudar con algunas actividades de role-play, motivar a los estudiantes en la realización de las tareas y deberes para casa). Por lo general, los profesores fueron de gran ayuda y se mostraron dispuestos a vincular los contenidos del programa con los de las lecciones que se impartían en la clase regular. Además, colaboraron con los educadores en su trato con los alumnos difíciles, y eso significó una gran ayuda en el manejo de la clase. Pudimos observar que los profesores con mayor contacto con los contenidos del Currículo se convirtieron en nuestros mejores aliados. Tener un educador de salud ajeno al colegio capaz de manejar los temas más delicados de las clases *Traza la Línea/Respeto la Línea* fue uno de los aspectos más valorados del programa. Esta opción ayudaba a que los profesores regulares no tuvieran que abordar temas obligatorios del currículum estatal que podrían causar controversia. La mayoría de los profesores confesaron haber aprendido con el programa y sentirse contrariados por su finalización. Una vez finalizada definitivamente nuestra intervención, dos distritos continuaron con el programa, y eso evidenció su utilidad y la importancia de sus contenidos.

Información a los padres. Utilizamos varias estrategias para familiarizar e implicar a los padres en el estudio. Primero, ofrecimos «noches de los padres» en cada una de las escuelas en las que presentamos el estudio, revisamos los materiales de estudio para cada nivel y grado, y contestamos a las preguntas de los padres. Su asistencia a estas sesiones varió en cada escuela, pero estas actividades fueron parte decisiva del proceso de información a los padres. En algunas ocasiones estas «noches de los padres» se desarrollaron en sesiones especiales dedicadas a explicar nuestro programa; en otros casos, la información sobre el programa formaba parte de un evento más amplio. También utilizamos los Boletines de Noticias para los padres para introducir el estudio, para describir las lecciones, y para proporcionar algunos recursos básicos de utilidad para los padres (sugerencias de cómo hablar con los hijos sobre sexo, números de agencias o servicios de información, etc.). Dichos boletines, disponibles en inglés y español, fueron enviados a los padres al principio de cada curso escolar en aquellas escuelas donde se desarrolló la intervención. Como hemos mencionado anteriormente, en el plan de estudios incluimos también las actividades padres-hijos de trabajo en casa. Sobre estas actividades habían sido informados en las cartas remitidas a los padres para recabar su permiso y apoyo al proyecto. Todas estas estrategias (noches del padre, Boletines de Noticias, trabajo en casa) son relativamente comunes y han sido empleadas en otros programas de educación en prevención (Coyle *et al.*, 2001; Perry, Williams, Komro y Veblen-Mortenson, 2000).

5.3. Actividades ejecutadas con fidelidad

Seguir con la máxima fidelidad los supuestos de la intervención era la preocupación principal del equipo de investigación. Para asegurarlo, los educadores de salud recibieron un extenso entrenamiento sobre el plan de estudios y estuvieron sometidos a una supervisión permanente. Recogimos también datos para verificar la fidelidad, intentando al mismo tiempo respetar los estilos individuales de los educadores en salud.

Nuestra decisión de contratar a educadores de salud para ejecutar el programa tenía ventajas e inconvenientes; ambos fueron cuidadosamente tenidos en cuenta antes de tomar la decisión final. En el lado positivo, estas personas eran un recurso excepcional para las escuelas y para llevar a cabo el estudio. Tenían entrenamiento y experiencia previa en los temas del Currículum; atesoraban experiencia en trabajar con la juventud; disponían de tiempo para dedicar a cada escuela y desarrollaron un trabajo sin costo alguno para las escuelas. Además, la implicación de los educadores en el estudio era importante para su exitosa puesta en práctica. En el polo negativo, la presencia de educadores exteriores en lugar de profesores de las clases reducía la posibilidad de que las escuelas pudieran continuar la intervención una vez concluido el estudio.

Supervisión de los educadores de salud. Los educadores de salud se reunieron regularmente (cada semana o mensualmente, dependiendo de la fase de ejecución) con un miembro del equipo de investigación para discutir y resolver asuntos relativos a la implementación del programa y para tratar sobre las estrategias educativas o instruccionales incluidas en el Currículum. Tener reuniones con los educadores de salud como grupo ayudó a desarrollar la cohesión y la simpatía dentro del equipo.

Fidelidad en la recogida de datos. Los educadores de salud completaron un registro después de cada lección. El registro fue diseñado para determinar en qué medida se iba completando la intervención. A los educadores se les pidió que informaran de cualquier cambio realizado en el contenido o en las estrategias educativas de cada lección. Además, el equipo de investigación realizó observaciones periódicas de algunas lecciones seleccionadas (lecciones para el aprendizaje de habilidades) a fin de examinar en qué medida seguían o no el plan prescrito. Las actividades de cada una de las lecciones fueron evaluadas por separado indicando si el educador había completado la actividad, si la había terminado parcialmente, o si no la había desarrollado. Se evaluaron, además, las reacciones de los estudiantes a cada actividad (si los estudiantes habían comprendido el objetivo del juego de roles; si habían estado o no atentos), y fruto de todo ello pudimos concluir que los educadores de salud siguieron con fidelidad el Currículum, aunque necesitaron un entrenamiento adicional para que hicieran un resumen al final de cada lección.

Respeto por los estilos de los educadores de salud. Uno de los retos de entrenar a un equipo de educadores de salud para poner en marcha un Currículum que forma parte de una investigación es guardar un equilibrio entre la fidelidad al plan de estudios y los estilos de enseñanza personales de los educadores. Al desarrollar el plan de estudios detallamos cada uno de los pasos necesarios para asegurar una cierta consistencia entre los educadores, pero no concretamos todo lo que necesitaban decir o hacer. Más que funcionar como autómatas que imparten las lecciones sin pasión ni entusiasmo, les insistimos en emplear su propio estilo. Durante el entrenamiento y la fase piloto del proyecto observamos y señalamos a los educadores de salud si estaban dentro o fuera de los límites aceptables (está bien cambiar los nombres de la gente en los juegos de rol o en las historias, pero no es aceptable eliminar una parte de la historia o cambiar el orden en el que suceden las cosas). También hablamos de este tema durante las reuniones periódicas en las que analizábamos el desarrollo de la implementación del programa.

6. CUMPLIR LO PROMETIDO

Aunque no es una característica expresamente mencionada por Kirby *et al.* (2005), el cumplimiento de los objetivos de la intervención planteó una serie de desafíos, algunos específicos de este proyecto de investigación, y otros debidos al hecho de trabajar en una escuela con poblaciones diversas.

Trabajar con diferentes escuelas. Cada educador de salud fue asignado a dos o tres escuelas. El calendario de ejecución, de cinco a ocho lecciones y a veces 25 clases por escuela, era complicado. Las diversas responsabilidades en la escuela y los conflictos de horarios afectaron a la disponibilidad del educador en el campus y en las horas de consulta, limitando el contacto del estudiante con él fuera de la clase. Dos fueron las estrategias empleadas para resolver estos inconvenientes: la presencia de un quinto educador, y la flexibilización del equipo. Era necesario un quinto educador para el segundo y tercer año del proyecto dado que se doblarían el número de clases porque los educadores tenían que continuar impartiendo las lecciones a los cursos inferiores mientras que la cohorte de investigación avanzaba. Podríamos haber limitado el número de clases de los grados inferiores, pero al aplicar el TL/RL en estos grados después de que nuestra cohorte de estudio creciera nos ayudaría a mantener buenas relaciones con la escuela y contribuiría también a definir normas escolares sólidas sobre las que apoyar los mensajes centrales de la intervención. Los educadores de salud pasaban a enseñar en las escuelas de sus compañeros para cumplir los plazos y acomodar los horarios a las peticiones de los profesores regulares. Esto contribuyó de manera definitiva a incrementar el apoyo de los profesores y de la administración al proyecto, y maximizó la disponibilidad del educador para los estudiantes de las escuelas que tenían asignadas.

Secuenciación de la ejecución. Cada nivel del plan de estudios incluyó de cinco a ocho lecciones de 50 minutos. Había varias maneras de secuenciar estas horas (una por semana, una por día), pero finalmente optamos por asignar cada semana al menos dos días de clase para ayudar a los educadores a desarrollar lazos de simpatía con los estudiantes y evitar la repetición de las lecciones anteriores, algo que puede ocurrir cuando transcurre mucho tiempo entre una lección y otra. Por lo general, las escuelas prefirieron un horario concentrado (4-5 días a la semana). Esta distribución es consistente con las «unidades» que cada profesor explica en una materia regular. De esta manera, los educadores de salud podían ejecutar el programa en una semana y media en la mayoría de los casos. Este horario ayudó también a los educadores a compatibilizar el trabajo entre las diversas escuelas ya que les permitía trabajar en una escuela antes de empezar en la siguiente.

También creamos «ventanas» o espacios de tiempo durante los cuales pedimos a los educadores que completaran la puesta en marcha del programa para nuestra cohorte de investigación entre enero y marzo de cada uno de los años que duró el programa. Esto nos permitió coordinar mejor la planificación de las pruebas, asegurando el establecimiento de una línea base y estableciendo períodos estándares de tiempo.

Tres años con los estudiantes. Tener la oportunidad de trabajar con los mismos estudiantes durante un período académico de tres años era una clave importante para el éxito de un programa tan singular como el TL/RL. Durante los tres años académicos del proyecto los estudiantes maduraron rápidamente. Los educadores enseñaron habilidades que podían aplicarse a situaciones de diversos niveles de madurez, y mantener la continuidad del educador fue importante para que estableciera relaciones de confianza con los estudiantes. Pero cuando una educadora no pudo enseñar en el centro durante todo el periodo, los estudiantes que ya estaban familiarizados con el Currículo tardaron poco en establecer una relación cordial con el nuevo educador. El equipo de investigación observó un progresivo incremento de la participación en las clases y en las horas de consulta que probablemente no hubiera podido lograrse con un programa más corto o con continuos cambios de los educadores. El hecho de comenzar en el sexto grado con un asunto tan poco inquietante como el desarrollo de habilidades para rechazar la presión de los amigos para fumar, por ejemplo, proporcionó una base sólida para el plan de estudios y mejoró la relación con los estudiantes. Como los temas más delicados (la protección contra el VIH y otras ETS y contra el embarazo no deseado) fueron tratados en octavo grado, los estudiantes ya estaban cómodos con el educador; además de preparados para hablar sobre el tema, fueron capaces de aplicar las mismas habilidades que aprendieron en sexto grado a situaciones más complicadas y desafiantes que se les presentaron en séptimo y octavo. Los padres que podrían haberse negado a la demostración y manejo del uso del preservativo ya estaban familiarizados con el programa y el educador desde hace tres años, y no protestaron por la introducción de este tema en octavo grado.

Poblaciones diversas. Algunos grupos, como los estudiantes de educación especial y los estudiantes bilingües, no suelen ser tomados en cuenta en los programas de prevención. Sin embargo, a las escuelas de nuestro estudio asistían poblaciones muy diversas. Siempre que fue posible, optamos por ofrecer formación a todas las clases de cada grado de una escuela, incluyendo las aulas de educación especial y de enseñanza del inglés. A continuación señalamos algunas sugerencias y ajustes que tuvimos que realizar para adaptar los contenidos de las lecciones a los estudiantes de educación especial y a los estudiantes bilingües y monolingües.

Para las clases de educación especial se hicieron varios ajustes. El más importante consistió en reducir los contenidos a unos pocos conceptos simples. Algunas actividades de escritura fueron directamente suprimidas o acortadas. También aumentamos la repetición de contenidos y el uso de métodos audiovisuales. Las hojas de trabajo eran cumplimentadas en su totalidad en grupo en vez de individualmente; otras veces los educadores de salud dividieron la clase en dos grupos pequeños para realizar las actividades. El profesor principal y el educador dirigían cada uno de los subgrupos. Cuando acababan, la clase entera se volvía a reunir para discutir sobre el trabajo realizado. Este método también fue utilizado para los juegos de role-play escritos.

En los distritos con una gran diversidad étnica, los educadores trabajaron en clases monolingües de español, en clases bilingües español-inglés y en clases de desarrollo de la lengua inglesa, que además incluían idiomas tan diversos como el vietnamita, el tagalogo, el hmong, el chino, el coreano y el español. Un grupo fue impartido en lengua de signos para los estudiantes con deficiencias auditivas. La mayoría de los educadores de salud eran bilingües hispano hablantes y traducían las lecciones para los estudiantes hispanos monolingües. Dado que las escuelas seleccionadas eran predominantemente hispanas, todo el material escrito y el material audiovisual estaba en inglés y en español. Si el educador no dominaba de manera fluida una lengua particular, impartía la lección lentamente, deteniéndose brevemente para que el profesor regular pudiera traducir. Otra técnica útil fue agrupar a los estudiantes que necesitaban traducción en una misma mesa (generalmente, no había más de 5 por clase). El educador de salud pedía al profesor o a un estudiante voluntario que se sentara con ellos y les tradujera. Se les animó a que escribieran y actuaran en las dinámicas de rol en sus respectivos idiomas maternos utilizando ejemplos de sus propias culturas siempre que fuera posible. Las lecciones fueron adecuadas para enseñar los conceptos clave de manera más lenta, dando un plazo amplio para la traducción y para el ejercicio práctico. En algunos casos los escenarios fueron modificados para aquellos estudiantes con un menor nivel de aculturación que tenían una exposición más limitada al aprendizaje de las habilidades de rechazo y a los temas sobre prevención.

Las lecciones fueron diseñadas para ser atractivas y relevantes para chicos y chicas. Esto resultó problemático ya que hay asuntos muy peculiares de las chicas que son menos frecuentes en los chicos. Tener un novio de mayor edad es un importante factor de riesgo para la actividad sexual temprana (Marín *et al.*, 2006). En octavo grado, un 20 por ciento de las chicas frente a un 5 por ciento de los chicos tenía un novio de mayor edad y por eso no podíamos incluir a los novios y novias en nuestro plan de trabajo. Este hecho pudo ser una de las posibles explicaciones de la poca eficacia del Currículum en el caso de las chicas. En los grupos focales realizados después de la recolección final de datos, los chicos recordaban bien las actividades de las lecciones y los objetivos que se perseguían en cada una de ellas, mientras que las chicas eran más propensas a recordar detalles que no eran relevantes (el atractivo físico del educador, por ejemplo).

7. CONCLUSIONES

Llevar a término una intervención psicosocial constituye siempre un desafío, no importa dónde se lleve a cabo, si en California (Estados Unidos), en Ahuachapán (El Salvador) o en Madrid (España). En el caso concreto de la ejecución del programa *Traza la Línea/Respeto la Línea*, los estudiantes que recibieron la formación eran muy distintos, tanto en el aspecto lingüístico como en su desarrollo; tenían además diferentes niveles de

experiencia sexual. El tema del sexo provoca siempre precaución y no siempre resulta fácil de abordar entre adolescentes o entre adultos. La utilización de educadores especialmente entrenados en salud resultó muy provechosa y el buen entendimiento con la administración escolar resultó definitivo. Durante la intervención cuidamos de manera especial la fidelidad al diseño del programa al tiempo que permitíamos variaciones individuales en el estilo de enseñanza. Nuestros métodos de enseñanza fueron variados y tuvieron un sólido marco de referencia en las teorías de cambio del comportamiento, ayudando a promover el compromiso de los estudiantes con el programa, y logrando en última instancia el aplazamiento de la iniciación sexual para un número significativo de estudiantes. Todavía quedan muchos retos y cabos pendientes, incluyendo el desarrollo de currículos más eficaces para las chicas. Todo esto podría quedar resumido en las siguientes conclusiones prácticas:

1. Los programas de intervención deben ser diseñados de manera pormenorizada definiendo claramente sus objetivos y concretando sus actividades.
2. Los programas de educación sexual y prevención del VIH, de ETS y de embarazo no deseado basan su eficacia en las siguientes características: *a)* en el uso de un modelo teórico; *b)* en la realización de un estudio piloto previo a la ejecución del programa propiamente dicho; *c)* en la definición de metas de salud claras y viables; *d)* en la detección de los múltiples factores de riesgo y de protección; *e)* en el uso de educadores entrenados, y *f)* en la colaboración de las autoridades educativas y de los padres. Todos estos pasan a ser requisitos para el éxito de un programa de intervención en el campo de la educación sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abma, J. C., Martinez, G. M., Mosher, W. D. y Dawson, B. S. (2004). Teenagers in the United States: Sexual activity, contraceptive use, and childbearing. 2002. National Center for Health Statistics. *Vital and Health Statistics*, Series 23, Number 24.
- Alan Guttmacher Institute. (2004). Facts in Brief: Teenagers' sexual and reproductive health: Developed countries. http://www.guttmacher.org/pubs/fb_teens.html. Accessed on 6/27/06.
- Albert, B. (2004). With one voice: America's adults and teens sound off about teen pregnancy. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Bandura A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1989) Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. In V.M. Mays, G. W. Albee, y S.F. Schneider (Eds.), *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches* (pp. 128-141). Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- Bandura, A. (1992). A social cognitive approach to the exercise of control over AIDS infection. In R. J. DiClemente (Ed.) *Adolescents and AIDS: A generation in jeopardy* (pp. 89-116). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Centers for Disease Control and Prevention, (2004). Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 2003. Surveillance Summaries, May 21, 2004, *MMWR* 52 (22-2).
- Coyle, K., Basen-Engquist, K., Kirby, D., Parcel, G., Banspach, S., Collins, J., Baumler, E., Carvajal, S. y Harrist, R. (2001). Safer Choices: Reducing teen pregnancy, HIV, and STDs. *Public Health Reports*, 116 (Suppl. 1), 82-93.
- Coyle, K., Kirby, D., Marin, B. V., Gomez, C. y Gregorich, S. (2004). *Draw the Line/Respect the Line: A randomized trial of a middle school intervention to reduce sexual risk behaviors*. *American Journal of Public Health*, 94, 843-851.
- Gomez, C. A., Coyle, K. K., Gregorich, S. E., Marin, B. V. y Kirby, D. B. (2003). The development of sex-related knowledge, attitudes, perceived norms, and behaviors in a longitudinal cohort of middle school children. In *14 and Younger: The Sexual Behavior of Young Adolescents* (pp. 67-82). Washington, DC: The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Kelman, H. (1982). La influencia social y los nexos entre el individuo y el sistema social: más sobre los procesos de sumisión, identificación e internalización. En J. R. Torregrosa y E. Crespo (Eds.), *Estudios básicos de Psicología social* (p. 383-416), Barcelona: Hora.
- Kirby, D., Laris, B. A., Rolleri, L. (2005). Impact of Sex and HIV Education Programs on Sexual Behaviors of Youth in Developing and Developed Countries. *Family Health International Youth Research Working Paper No. 2*. Research Triangle Park, NC: Family Health International.
- Marin, B. V., Coyle, K. *et al.* (2003). *Draw the Line/Respect the Line: Setting Limits to Prevent HIV, STD and Pregnancy: Grades 6-8*. (Curriculum for HIV prevention in middle school students). Santa Cruz, CA: ETR Associates. (3 volúmenes).
- Marin, B. V., Kirby, D. B., Hudes, E. S., Coyle, K. K. y Gómez, C. A. (2006). Boyfriends, girlfriends, and teenagers' risk of sexual involvement. *Perspectives in Sexual and Reproductive Health*, 38, 76-83.
- McGuire, W. (1964). Inducing resistance to persuasion: Some contemporary approaches. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 1, pp.191-229). New York: Academic Press.
- McGuire, W. (1972). Social psychology. En R. C. Dodwell (Ed.), *New Horizons in Psychology* (pp. 219-242). Middlesex, England: Penguin Books.

- Perry, C. L., Williams, C. L., Komro, K. A. y Veblen-Mortenson (2000). Project Northland: A community-wide approach to prevent young adolescent alcohol use. En W.B. Hansen, S.M. Giles, y M.D. Fearnow-Kenney. *Improving Prevention Effectiveness* (pp. 225-234). Greensboro , NC : Tanglewood Research, Inc.
- Singh, S. y Darroch, J. E. (2000). Adolescent pregnancy and childbearing: Levels and trends in developed countries. *Family Planning Perspectives*, 32, 14-23.
- Tileston, D. W. (2005). *Ten Best Teaching Practices: How Brain Research, Learning Styles, and Standards Define Teaching Competencies*. London: Sage Publications (2.^a edición).

El apoyo social a domicilio: la prevención del riesgo social en familias mediante visitas al hogar

Enrique Gracia



Fotografía Rubén Barakat,
incluida en el libro: Barakat, R.
El ejercicio físico durante el embarazo,
Pearson Alhambra, Madrid, 2006.

COMPENDIO DEL CAPÍTULO

En este capítulo se presenta un programa de intervención en el que se utiliza como herramienta central el apoyo social. Se trata de un programa dirigido a madres jóvenes embarazadas de su primer hijo que sigue, paso a paso, las directrices de los programas de visitas al hogar diseñados por David Olds y que tiene tres grandes metas: a) mejorar los resultados del embarazo; b) mejorar la salud y el desarrollo de los hijos, y c) mejorar el desarrollo personal de las madres. La ejecución de este programa tiene como objetivo prevenir un amplio rango de problemas que incluyen el bajo peso al nacer, los malos tratos físicos y la negligencia, lesiones de los menores, etc. El capítulo se desarrolla de acuerdo a los siguientes puntos:

1. ¿Porqué el apoyo social en la intervención psicosocial?
 2. ¿Porqué el apoyo social en la intervención con familias?
 3. Programas de apoyo a la familia
 4. La aplicación del programa de visitas al hogar para el periodo prenatal y de la primera infancia de David Olds (The nurse-family partnership)
-

En este capítulo presentamos un programa de intervención en el que se utiliza como herramienta central el apoyo social. Se trata de un programa de prevención del riesgo social en familias, que utiliza figuras de apoyo formadas a tal efecto para realizar visitas al hogar donde se desarrolla un programa educativo y de apoyo a las familias. El programa, dirigido a madres jóvenes embarazadas de su primer hijo y en situación de riesgo social, moviliza además las redes sociales informales de las familias, así como los recursos formales de apoyo disponibles en la comunidad. Se trata de un programa de visitas al hogar diseñado por David Olds que persigue tres grandes metas: *a)* mejorar los resultados del embarazo; *b)* mejorar la salud y el desarrollo de los hijos y, *c)* mejorar el desarrollo personal de las madres. Este programa trata de prevenir un amplio rango de problemas que incluyen el bajo peso al nacer, los nacimientos prematuros y problemas en el desarrollo infantil, los malos tratos físicos y la negligencia, lesiones de los menores, la dependencia de los servicios sociales, y las dificultades en el desarrollo personal de las madres en los ámbitos educativo y laboral. Se trata de un programa paradigmático, tanto desde el punto de vista de la prevención secundaria (puesto que comienza durante el embarazo), como desde el rigor científico en su aplicación y evaluación.

1. ¿POR QUÉ EL APOYO SOCIAL EN LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL?

La respuesta es sencilla: porque el apoyo social (*véase* su definición en el Cuadro 11.1) tiene contrastados efectos sobre el bienestar y sobre el ajuste psicosocial de las personas, y porque ha demostrado su efectividad en la solución de numerosos problemas de los que tradicionalmente se ha ocupado la intervención psicosocial. Esta no es una observación novedosa. Existen dos grandes tradiciones de reflexión e investigación en las ciencias sociales que confluyen en un punto: en los efectos positivos del apoyo social y su consiguiente pertinencia como instrumento para promocionar y mejorar el bienestar de las personas, un objetivo que desde el primer capítulo hemos querido convertir en santo y seña de este texto. La primera de estas tradiciones hace referencia a la importancia de las relaciones sociales para el bienestar; la segunda tiene como marco la importancia de las redes informales de apoyo social (*véase* Figura 11.1).

CUADRO 11.1. LA DEFINICIÓN DE APOYO SOCIAL

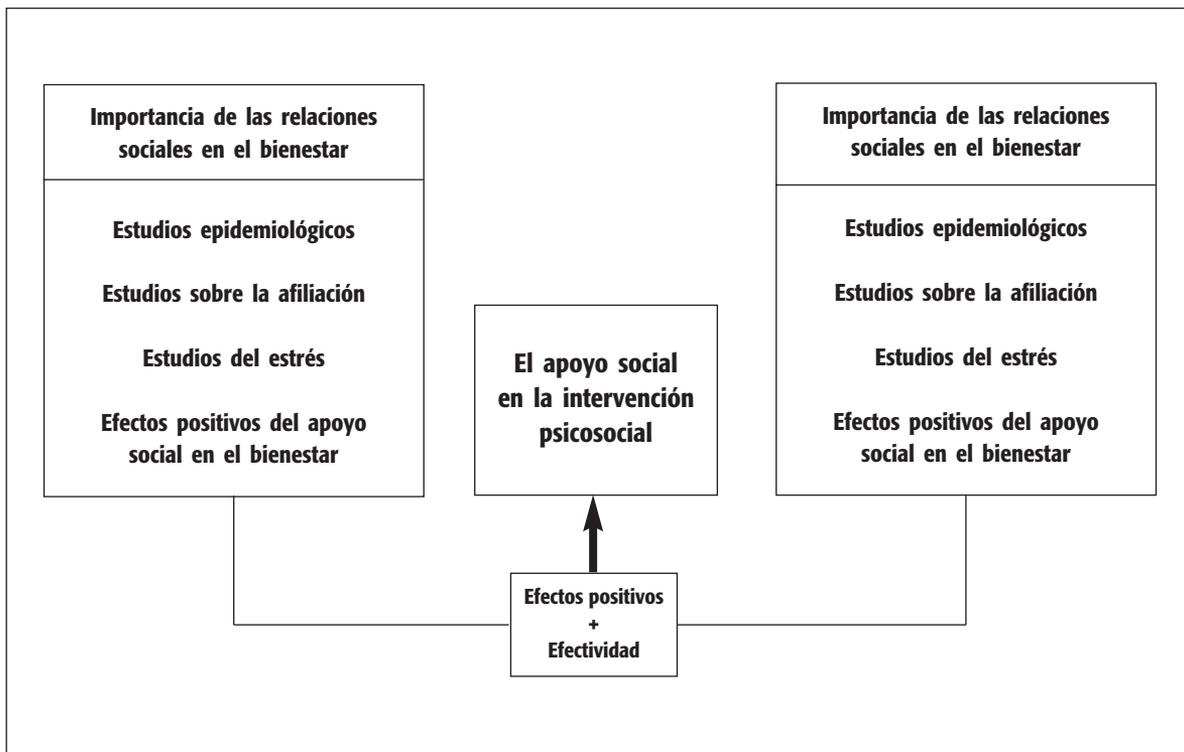
El apoyo social puede definirse como el conjunto de *provisiones expresivas o instrumentales –percibidas o recibidas– proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza*, provisiones que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis (Lin, 1986; Lin y Ensel, 1989).

(Para un análisis en profundidad de la definición, perspectivas de estudio y medida del apoyo social *véase* Gracia, Herrero y Musitu, 1995, 2000.)

Una larga tradición científica ha señalado reiteradamente la importancia de las relaciones sociales en el bienestar físico y psicosocial. Lo ha hecho, entre otras razones, gracias a la decisiva y contrastada importancia que el apoyo social tiene en las relaciones sociales. Su influencia sobre el bienestar fue observada ya en los estudios epidemiológicos de finales del siglo XIX y principios del XX sobre los determinantes sociales de la salud mental. Son clásicos los trabajos de sociólogos como Durkheim, Tönnies o Weber, o los desarrollados desde la Escuela de Chicago sobre los efectos negativos del aislamiento y la desintegración social en la salud (*véase* Capítulo 1). Por su parte, los estudios sobre la afiliación pondrían de manifiesto no sólo que las situaciones de estrés promovían la conducta afiliativa, sino que dicha conducta tenía como objetivo buscar en los demás algo (información, comparación social, compartir experiencias, validación emocional, etc.) que permitiera reducir el efecto negativo provocado por esas situaciones (ansiedad, temor, etc.). Posteriormente, serían los estudios sobre el estrés los que volverían a enfatizar la importancia de vínculos sociales compensatorios (el apoyo social)

como elementos protectores de los efectos negativos de los estresores psicosociales. Esta tradición culminaría con la configuración de un ámbito de investigación con etiqueta propia, el apoyo social, y con una explosión de trabajos empíricos documentando precisamente sus efectos positivos en el bienestar (físico y mental) y en el ajuste psicosocial (para un análisis más detallado del desarrollo histórico de este área de investigación, véase Gracia, Herrero y Musitu, 1995, 2000; Gracia, 1997).

FIGURA 11.1. EL APOYO SOCIAL EN LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL



La segunda tradición podría resumirse como un proceso de «redescubrimiento» de la importancia de las redes sociales informales de apoyo. Se podría situar su arranque en el movimiento de la salud mental comunitaria y su énfasis en la importancia de los vínculos con el grupo primario y de los recursos sociales disponibles en la comunidad, en particular las fuentes informales de apoyo. Este énfasis llevaría a un creciente reconocimiento de la importancia de los recursos sociales de apoyo disponibles en la comunidad en el diseño de programas de intervención comunitaria. Al «redescubrimiento» de la importancia de las redes informales de apoyo social contribuirían también los desarrollos desde la psicología comunitaria y, en su seno, la asunción de modelos ecológicos que señalaban la importancia del contexto social en el desarrollo humano y de determinadas cualidades del entorno social (el apoyo social y las redes informales de ayuda) para el desarrollo de recursos y estrategias de afrontamiento efectivas. Finalmente, la culminación de esta tradición, al igual que la anterior, se encontraría en un conjunto de investigaciones que examinarían los intercambios informales de ayuda y documentarían empíricamente la efectividad de los sistemas informales de apoyo social en la solución de problemas en el ámbito de la salud mental y comunitaria (véase Gracia, 1997, para un análisis más detallado).

CUADRO 11.2. EL APOYO SOCIAL COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Las diferentes estrategias de intervención basadas en el apoyo social, independientemente de su naturaleza, comparten un conjunto de características distintivas respecto a otro tipo de estrategias de intervención. Una característica central de las intervenciones que incorporan el apoyo social reside en que el objetivo principal de la intervención es la creación de un proceso de interacción con el entorno social capaz de satisfacer las necesidades psicosociales de las personas optimizando el ajuste entre las necesidades y las provisiones sociales y emocionales que se reciben. Puesto que las intervenciones basadas en el apoyo social implican la interacción directa con el entorno social de la persona, sus efectos positivos son resultado de los recursos que se producen como resultado de esa interacción. El rol del profesional, por lo tanto, es indirecto y tiene como objetivo primordial lograr el ajuste entre los recursos del entorno social de la persona y sus necesidades psicosociales (Gottlieb, 1992).

El apoyo social es, pues, un constructo que refleja la necesidad humana de pertenecer, la necesidad de afiliación, la necesidad de establecer vínculos sociales de ayuda mutua y la tendencia a compartir los esfuerzos, los recursos y la información para superar problemas y dificultades (Baumeister y Leary, 1995). No resulta extraño que el apoyo social se haya configurado como un elemento de gran importancia para la intervención psicosocial, puesto que se trata de uno de los principales recursos con que cuentan las personas para adaptarse a su medio, para resolver problemas y superar dificultades (Gracia, 1998). El apoyo social es, pues, un aliado fundamental para lograr el éxito en la intervención psicosocial. Una intervención que, en el caso que nos ocupa, trata de prevenir el riesgo social en familias.

2. ¿POR QUÉ EL APOYO SOCIAL EN LA INTERVENCIÓN CON FAMILIAS?

Sencillamente porque un amplio volumen de literatura científica ha señalado al apoyo social, o su carencia, como una importante variable en la vida familiar y en el ajuste psicosocial de padres e hijos. Esta relación es, en cierta medida, obvia. Si, como es bien sabido, el apoyo social es un recurso psicosocial que puede proteger de los efectos potencialmente negativos de eventos vitales, experiencias o entornos, la disponibilidad de apoyo social determinará en qué medida el impacto de los estresores afectará al funcionamiento familiar (Gracia y Herrero, 2004a). Además del efecto «buffer» o protector del apoyo social, los sistemas de apoyo social pueden también mejorar la salud, el bienestar y el ajuste psicosocial de padres e hijos (efectos directos del apoyo social) e influir en la competencia parental (Ceballos y McLoyd, 2002). La presencia de esta relación es, por otra parte, consistente con una perspectiva ecológica, según la cual el contexto social afecta de forma importante a diferentes áreas del desarrollo humano y, en particular, a las relaciones entre padres e hijos (Bronfenbrenner, 1979; Gracia y Musitu, 2000). Un entorno social positivo estará íntimamente relacionado con la calidad de la vida familiar.

Los efectos positivos de los vínculos sociales de apoyo y los efectos negativos de su ausencia se han observado en numerosas áreas del funcionamiento familiar. Por ejemplo, se han documentado efectos beneficiosos del apoyo social en la salud durante el embarazo y parto, poniéndose de manifiesto menores complicaciones y un mayor peso de los niños al nacer, un uso más frecuente de la lactancia materna, o menores tasas de depresión postnatal (Elbourne *et al.*, 1989; Killingsworth-Rini *et al.*, 1999). El apoyo social durante el periodo perinatal se ha asociado con una mayor satisfacción marital, interacciones materno-filiales positivas, menor uso maternal de alcohol y otras sustancias, mejores cuidados médicos de los hijos y un número menor de lesiones no intencionadas de los hijos (Barnett *et al.*, 1995; Harris y Kotch, 1994). Se ha observado también que los padres con niveles elevados de apoyo social se muestran habitualmente más afectuosos y consistentes en su conducta parental, son más responsables con sus hijos y tienden a utilizar menos estrategias punitivas (Cochran, 1993; Lila y Gracia, 2005).

Por otra parte, uno de los aspectos que más han llamado la atención, y que cuenta con un amplio respaldo teórico y empírico, es la relación observada entre el aislamiento social de las familias y el riesgo de malos tratos en la infancia (Gracia y Musitu, 2003). En efecto, se ha observado que los padres que maltratan a sus hijos disponen de redes sociales más pequeñas, tienen menos contactos con su familia de origen, reciben menos ayuda de sus familiares y tienen en general un número limitado de vínculos sociales y se encuentran más aislados socialmente (Gracia, 1995; Korbin, 2003). Además, los padres que maltratan a sus hijos no sólo tienden a estar más aislados de las redes informales de apoyo (familiares, amigos o vecinos), sino también de sistemas formales de apoyo social. Estos padres suelen tener un menor número de contactos sociales, no suelen pertenecer o participar en grupos u organizaciones comunitarias, y no utilizan los recursos comunitarios disponibles (Gracia y Musitu, 1997). De nuevo, la perspectiva ecológica nos ayuda a explicar esta relación. El contexto social que rodea a la familia (familiares, amigos, vecinos, la comunidad, etc.) ejerce una gran influencia en la vida familiar en general y en las relaciones paterno-filiales en particular. Cuando el ajuste entre la familia y su entorno social fracasa, se incrementa el riesgo de que los patrones de interacción familiar se deterioren, incrementándose el riesgo del maltrato infantil (Garbarino, Guttman y Seeley 1986). Las redes sociales de apoyo desempeñan un importante papel protector para los niños. No sólo son una importante fuente de apoyo que facilita compartir el cuidado de los hijos, sino que constituyen también una red que establece el consenso y los estándares de lo que constituye el cuidado apropiado de los niños (Gracia y Herrero, 2006). Por el contrario, el aislamiento social implica el aislamiento de redes y estructuras sociales que proporcionan a la familia modelos conductuales, feedback y apoyo material y emocional, así como recursos para manejar los efectos negativos del estrés. A todo esto se añade el hecho de que el aislamiento social lleva asociado la frustración de necesidades básicas como la afiliación, el sentido de pertenencia, el afecto y el reconocimiento social. Como han señalado numerosos autores, este empobrecimiento social incrementa el riesgo de deterioro del ambiente familiar, así como el riesgo de maltrato infantil (Garbarino y Stocking, 1980; Gracia y Musitu, 1993).

Estos resultados constituyen, sin duda, materia de reflexión para las personas interesadas e implicadas en la intervención con familias. También tienen importantes implicaciones para el diseño de programas de intervención en el ámbito familiar, puesto que sugieren que diversos aspectos de la conducta y del funcionamiento familiar (bienestar, actitudes, estilos de interacción, manejo del estrés, etc.) pueden quedar afectados o alterados de forma positiva mediante la provisión de apoyo social. En este sentido, el apoyo social se convierte en un elemento de gran importancia en el contexto de los programas de intervención psicosocial dirigidos a la familia.

3. PROGRAMAS DE APOYO A LA FAMILIA

¿Cómo se articula la intervención con familias alrededor del concepto de apoyo social? Mediante programas de intervención que incorporan el apoyo social como su principal ingrediente; se trata de programas que reciben precisamente el nombre genérico de «Programas de apoyo a la familia», ya que reconocen los efectos positivos del apoyo social en el funcionamiento del grupo familiar, siendo éste, por tanto, el elemento central alrededor del cual se construyen (Gracia, 1997). Por lo general, los programas de apoyo a la familia son servicios basados en la comunidad que tienen el propósito de promover el bienestar de los menores y de sus familias, y están diseñados para incrementar los recursos y estabilidad de estas últimas, incrementar la confianza y competencia parental, y proporcionar a los hijos apoyo y un entorno familiar estable que promueva y mejore su desarrollo (Layzer *et al.*, 2001).

CUADRO 11.3. PROGRAMAS DE APOYO A LA FAMILIA: CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS

Los programas de apoyo a la familia comparten un conjunto de características distintivas que los diferencian de otros acercamientos en la intervención social con familias (véase Gracia, 1997, para un análisis más detallado):

- Asumen un acercamiento ecológico en la promoción del desarrollo humano.
- Son programas basados en la comunidad y sensibles a las necesidades y recursos locales.
- Enfatizan y se orientan principalmente hacia la prevención primaria y secundaria de los problemas familiares.
- Reconocen el impacto negativo que los estresores psicosociales y el aislamiento social tienen en la vida familiar.
- Reconocen la relación entre la ruptura y disfunción familiar, un entorno social pobre y desestructurado y diversos problemas sociales (fracaso escolar, violencia familiar, delincuencia, marginación...).
- Reconocen la importancia que la interrelación entre la familia y su sistema de apoyo tiene en el desarrollo humano.
- Asumen que los problemas se encuentran no sólo en las familias, sino también en el deterioro de las relaciones entre las familias y las fuentes formales e informales de apoyo social dentro de la comunidad.
- Proporcionan servicios en cada uno de los ámbitos que habitualmente incluye el concepto de apoyo social.
- Parten del supuesto de que la provisión de apoyo emocional, ayuda instrumental e información a las familias ayudará a los padres a reducir el estrés, a incrementar su capacidad para enfrentarse a situaciones estresantes y a mejorar las prácticas educativas, afectando, por lo tanto, al desarrollo infantil de forma positiva.

Los programas de apoyo a la familia incluyen un amplio conjunto de servicios e intervenciones que tienen como objetivo central mejorar la capacidad que tienen los padres para promocionar el desarrollo adecuado de sus hijos, proporcionándoles y potenciando diversas habilidades y competencias (véase Cuadro 11.3). Las formas de intervención utilizadas en estos programas comprenden desde visitas al hogar, talleres, clases y grupos de apoyo para padres, o grupos para padres e hijos, hasta la conexión con otros programas comunitarios, así como la formación profesional o los programas de inserción laboral. Además de promover la competencia parental y la inserción laboral, estos programas pretenden mejorar las condiciones familiares generales, la salud infantil y maternal, así como el desarrollo personal de los padres (Gracia, Lila y Musitu, 2005). Estos programas, dirigidos preferentemente a familias económicamente desaventajadas, parten del supuesto de que la provisión deliberada del apoyo social durante el período formativo del menor y del desarrollo de la unidad familiar puede proteger al menor y a la familia de algunos de los efectos psicológicos y sociales negativos de la pobreza y la marginación, puede promover el desarrollo y el bienestar psicológico personal y estimular patrones adecuados de interacción, tanto dentro de la familia como entre la familia y el entorno social más amplio. Otra meta de estos programas es la identificación de fuentes potenciales de ayuda y apoyo en la comunidad con el objetivo de establecer relaciones de apoyo duraderas entre sus miembros. En este sentido, al fortalecer las fuentes de apoyo de la familia en el contexto más amplio de la comunidad (Gracia y Herrero, 2004b; Herrero y Gracia, 2004), estos programas pueden ser considerados como una estrategia de desarrollo comunitario diseñada para promover las habilidades parentales y el desarrollo infantil adecuado.

De acuerdo con el meta-análisis de 260 programas realizado por Layzer *et al.* (2001) (véase Cuadro 11.4), los programas de apoyo a la familia que se dirigen a familias con características específicas (en lugar de acercamientos más universales), son los que muestran una mayor efectividad. Así, por ejemplo, los programas dirigidos a grupos especialmente vulnerables (madres adolescentes con hijos pequeños), o dirigidos a familias con niños con necesidades especiales, demostraban mayores efectos tanto en los padres como en los hijos. Además, como demuestra el análisis de estos autores, gran parte de los programas de apoyo a la familia compartían elementos comunes: trataban de mejorar la competencia parental y el desarrollo infantil, se desarrollaban en el hogar de las familias, siendo uno de los principales vehículos las visitas de profesionales al hogar, y en la mayoría de ellos el tipo de servicio siempre incluía la educación parental y el apoyo social a las familias. Estas

CUADRO 11.4. METAS, FORMAS DE INTERVENCIÓN, LOCALIZACIÓN Y TIPOS DE SERVICIOS DE LOS PROGRAMAS DE APOYO A LA FAMILIA

En un análisis de 260 programas de apoyo a la familia, Layzer *et al.* (2001) identificaron las metas explícitas de los programas, el vehículo o forma de intervención, la localización de los programas y el tipo de servicio (en paréntesis, el porcentaje de programas):

Metas

- Mejora de la competencia familiar (98 %)
- Desarrollo infantil (91 %)
- Apoyo social para padres (22 %)
- Salud infantil/maternal (17 %)
- Prevención del maltrato infantil (14 %)
- Autoayuda/empowerment para padres (12 %)
- Educación de adultos/inserción laboral (8 %)
- Participación comunitaria (2 %)

Forma de intervención

- Visitas al hogar (61 %)
- Grupos/clases/reuniones de padres (59 %)
- Grupos/clases para padres e hijos (28 %)
- Grupos de educación para niños (18 %)

Localización

- El hogar familiar (62 %)
- Hospital o clínica (29 %)
- Escuela (25 %)
- Centros comunitarios (16 %)
- Centros universitarios (9 %)

Tipo de servicio

- Educación parental (9 8%)
- Apoyo social (51 %)
- Asesoramiento/derivación a otros servicios (44 %)
- Otros servicios de apoyo (transporte, unidades de respiración, grupos de juego) (36 %)
- Servicios de salud para padres e hijos (28 %)
- Educación básica para adultos/formación profesional (10 %)

características, y una población especialmente vulnerable, como son las madres jóvenes con hijos en situación de riesgo social son, precisamente, los elementos que definen el programa de apoyo a la familia basado en visitas al hogar desarrollado por David Olds, que analizaremos en este capítulo.

3.1. El apoyo social a domicilio: las visitas al hogar

Como se ha constatado en el apartado anterior, la mayoría de programas de apoyo a la familia utilizan como principal vehículo las visitas de profesionales al hogar. En este apartado analizaremos las premisas en las que

se basan estas visitas, sus características distintivas y, en particular, el intercambio de apoyo que se realiza entre el profesional que realiza las visitas y las familias que las reciben.

En general, las visitas al hogar en el contexto de un programa de apoyo a la familia las realiza una persona asignada al programa que visita un hogar donde hay familias con hijos pequeños, generalmente en situación de riesgo social, con el propósito de mejorar la vida y el desarrollo de los niños a través de la promoción de cambios en las actitudes, conocimientos y/o conductas de los padres. Aunque las visitas al hogar pueden tener metas diversas, en general todas comparten un conjunto de ideas o premisas básicas (Gracia, 1997; Sweet y Appelbaum, 2004; Weiss, 1993):

1. Los primeros años de vida de los niños son fundamentales para su adecuado desarrollo y, por tanto, es importante la intervención durante ese periodo.
2. Los padres desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de los niños y son, por tanto, los principales mediadores en los cambios que se desean promover en los hijos.
3. Las visitas al hogar no tienen el objetivo de interactuar directamente con los niños, sino de estimular y formar a los padres para ayudar a sus hijos.
4. Las visitas se centran en la prevención (bajo peso al nacer, maltrato infantil, retrasos en el desarrollo, deficiencias en el aprendizaje, etc.).
5. Una de las mejores formas de acceder a las familias con niños pequeños es acercarlos los servicios en lugar de esperar a que sean las familias las que busquen asistencia en sus comunidades.

El hecho de que las visitas se realicen en el domicilio familiar es, según Weiss (1993), un elemento esencial, porque permite entrar en contacto con los beneficiarios en su propio terreno, incrementando su sentimiento de control sobre la interacción y produciéndose un equilibrio de poder entre el visitante y el visitado (cuando las visitas son de carácter voluntario). Las visitas al hogar permiten conocer directamente el entorno en el que las familias viven, comprender mejor sus necesidades y, por tanto, permiten ajustar o adecuar mejor los servicios para satisfacer esas necesidades. Ello permite también que se pueda evaluar el entorno social del vecindario y analizar en qué medida éste puede constituir una fuente de estrés o de apoyo para los padres y sus hijos. De esta forma se pueden modificar las metas y el acercamiento de las visitas de acuerdo con esa evaluación. Además, las visitas al hogar facilitan una interacción sustancialmente distinta a los encuentros formales con profesionales en contextos como los servicios sociales o entornos clínicos. Las visitas son menos formales y estructuradas y, por lo tanto, promueven una atmósfera amigable.

Las visitas al hogar son un vehículo para la provisión de apoyo social en sus diversas manifestaciones: apoyo educativo, apoyo práctico o instrumental, y apoyo emocional. El apoyo educativo consiste fundamentalmente en la mejora de las habilidades y competencia parental para un mejor desarrollo de los hijos, la educación dirigida a la promoción de conductas y hábitos saludables, tanto para padres como para hijos, así como la educación dirigida a la promoción de otro tipo de habilidades como, por ejemplo, aquellas que faciliten el acceso al mundo laboral. El apoyo práctico, por su parte, permite vincular a las familias con otros servicios comunitarios. Por medio del apoyo emocional las relaciones que se forjan durante las visitas pueden romper el aislamiento social y la soledad. Al prolongarse durante un amplio periodo de tiempo, las visitas al hogar promueven el desarrollo de una relación duradera y de confianza entre el proveedor (el profesional que conduce las visitas) y el receptor del apoyo (el beneficiario de las visitas). Además, la relación de confianza que se establece es fundamental para el logro de las metas del programa, facilitando el cambio conductual, el aprendizaje de nuevas habilidades, y el desarrollo de vínculos con el sistema de servicios y recursos de la comunidad más amplia. Una relación de confianza puede constituir un primer paso para desarrollar la capacidad de los padres para formar y mantener relaciones seguras y de confianza con otros, incluyendo los vínculos con sus propios hijos, además de servir como primer paso para vincular a las familias con su comunidad (Eckenrode y Hamilton, 2000).

CUADRO 11.5. LA INSERCIÓN DE UNA NUEVA RELACIÓN EN LA RED SOCIAL DE LAS FAMILIAS

La provisión de apoyo social a las familias mediante visitas al hogar utiliza como estrategia de intervención la inserción temporal de una nueva relación en la red social de una persona. Las relaciones sociales que se forman en este tipo de intervenciones comparten la mayoría de las siguientes características (Eckenrode y Hamilton, 2000):

- No hay pago de servicios.
- La relación no es la de cliente o paciente.
- La relación se introduce desde fuera: es un nuevo vínculo social.
- La nueva figura de apoyo que se introduce en la red social de las familias tiene generalmente (aunque no siempre) experiencia con el aspecto o problema que se está tratando de resolver o prevenir.
- En lugar de interacciones ocasionales, los encuentros se extienden durante un periodo amplio de tiempo.
- Las interacciones tienen lugar fuera de los entornos formales de los servicios sociales.
- El proceso de formar una relación entre la figura de apoyo y las familias es parte de la intervención.
- La relación finaliza habitualmente al final de un periodo de tiempo determinado, independientemente de que se estimulen los vínculos con la red social informal de la familia o con otros recursos comunitarios.

4. LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE VISITAS AL HOGAR PARA EL PERIODO PRENATAL Y DE LA PRIMERA INFANCIA DE DAVID OLDS (THE NURSE-FAMILY PARTNERSHIP)

4.1. Breve historia del programa

Para entender cabalmente las características distintivas de este programa, características que hacen del mismo una excepción y un paradigma del rigor en las condiciones en las que se aplica, es necesario realizar un pequeño recorrido desde sus inicios hasta su configuración actual. La andadura de este programa comienza en los años 70, cuando el profesor de Psicología, David Olds, y sus colegas desarrollaron un programa de visitas al hogar para mujeres jóvenes en su primer embarazo. Se trataba de jóvenes que vivían en medio de condiciones de pobreza y de riesgo social, y la intervención se desarrollaba desde el embarazo hasta el segundo año de vida del menor. Este programa, que inicialmente se denominó «Proyecto de visitas al hogar para el período prenatal y primera infancia», tenía como objetivo ayudar a las futuras madres a mejorar su salud durante el embarazo, así como la de los menores después del parto, promover el cuidado adecuado de los menores y promover el desarrollo personal de estas madres. Además, este programa tenía un claro énfasis en la prevención del riesgo social en ámbitos tales como el maltrato infantil, la delincuencia o el consumo de sustancias.

Durante las siguientes décadas David Olds y su equipo realizarían diversos ensayos clínicos con grupos control y asignación aleatoria a los diversos tratamientos (véase Cuadro 11.6), así como estudios longitudinales, en los que se demostraba que el programa era efectivo en mejorar los resultados del embarazo, en la mejora de la salud y desarrollo de los hijos y en el desarrollo personal de las madres. El programa probó también su capacidad para prevenir el riesgo de malos tratos a la infancia, la conducta antisocial en edades tempranas y en la adolescencia y en la prevención del consumo de sustancias y la delincuencia en las madres (véase Cuadro 11.7).

Como resultado de estos estudios previos, en el año 2000 el Centro Nacional para los Menores, las Familias y Comunidades de Estados Unidos asumió este programa para diseminarlo nacionalmente y llegar a un mayor número de primeras madres viviendo en condiciones económicas desaventajadas, dando lugar a un programa

CUADRO 11.6. BASES CIENTÍFICAS DEL PROGRAMA

David Olds y sus colaboradores llevan más de 25 años desarrollando un riguroso programa de investigación con el objetivo de analizar los componentes del programa y su contribución a la efectividad del mismo. Estos estudios son verdaderos ensayos clínicos en los que se utilizan grupos de control con asignación aleatoria, y constituyen los cimientos sobre los que se basa la configuración y aplicación actual del programa.

Hasta la fecha se han realizado tres grandes ensayos cuyo seguimiento continúa con el fin de evaluar sus efectos a largo plazo.

- Ensayo de Elmira (N = 400). Desde 1977 hasta el presente (Olds *et al.*, 1986a,b, 1988, 1994, 1997, 1998a)
- Ensayo de Memphis (N = 1.139). Desde 1987 hasta el presente (Kitzman *et al.*, 1997, 2000; Olds *et al.*, 1998b, 2004a)
- Ensayo de Denver (N = 735). Desde 1994 hasta el presente (Olds *et al.*, 2002, 2004 a,b)

de visitas al hogar, «The Nurse-Family Partnership», basado en la evidencia científica más rigurosa. En el año 2003, este programa se convertiría en una organización sin ánimo de lucro en la que actualmente alrededor de 700 profesionales participan en su aplicación y del que se han beneficiado unas 13.000 madres en 20 Estados. El objetivo es continuar extendiendo sus servicios a más familias en el futuro.

CUADRO 11.7. RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL PROGRAMA DE DAVID OLDS

David Olds y sus colaboradores analizaron los efectos a largo plazo de su programa de visitas al hogar realizando un seguimiento de los participantes en el primer ensayo 15 años después (Olds *et al.*, 1997, 1998a,b). Este estudio longitudinal demostró que los participantes en el programa (madres e hijos con 15 años de edad), en comparación con los participantes en el grupo de control, habían experimentado:

- Una reducción del 79 por ciento de la incidencia del maltrato infantil.
- Una reducción del 44 por ciento en problemas maternos resultado del consumo de sustancias.
- Una reducción del 69 por ciento en el número de arrestos de madres.
- Una reducción del 54 por ciento en el número de arrestos y del 69 por ciento en condenas entre los hijos.
- Un número 58 por ciento menor de compañeros sexuales entre los hijos.
- Una reducción del 28 por ciento en el consumo de cigarrillos y del 51 por ciento en el número de días de consumo de alcohol entre los hijos.
- Un intervalo mayor de 2 años entre el nacimiento del primer y segundo hijo.
- Una menor utilización (30 meses) de los servicios sociales después del nacimiento del primer hijo.

4.2. Metas del programa y características principales

El programa de visitas al hogar diseñado por David Olds se ha diseñado y se ha organizado alrededor de tres grandes metas (véase Cuadro 11.8). El programa de visitas al hogar diseñado por David Olds se dirige a una población muy concreta y se desarrolla siguiendo unas condiciones muy específicas que permiten alcanzar sus objetivos.

En primer término, el programa es de carácter voluntario y se dirige a madres jóvenes en su primer embarazo con escasos recursos económicos. El objetivo es trabajar con futuras madres en situación de riesgo social intentando maximizar el beneficio que se pueda obtener de la participación en el programa. Al ser su primer embarazo, las madres todavía no han desarrollado las competencias para su propio cuidado y el de su futuro hijo. Además, el programa maximiza su capacidad preventiva, puesto que las habilidades adquiridas en su

CUADRO 11.8. METAS DEL PROGRAMA**1. Mejorar los resultados del embarazo:**

- Ayudar al cuidado prenatal y asegurar su supervisión médica.
- Ayudar a reducir el tabaquismo y el consumo de alcohol y otras sustancias.
- Educar sobre la nutrición saludable durante el embarazo.

2. Mejorar la salud y el desarrollo de los hijos:

- Ayudar a los padres a que proporcionen un cuidado más competente de sus hijos durante los dos primeros años de vida.
- Enseñar a los padres cómo cuidar de sus hijos proporcionándoles un entorno familiar positivo.
- Enseñar a los padres a crear un entorno seguro donde se puedan desarrollar adecuadamente los hijos tanto dentro como fuera del hogar.
- Enseñar a los padres prácticas de disciplina positivas y consistentes.
- Ayudar a los padres a que provean un cuidado adecuado de la salud de sus hijos.

3. Mejorar el desarrollo personal de las madres:

- Ayudar a las madres jóvenes a tener control sobre sus vidas y a desarrollar una visión de su propio futuro.
- Ayudar a las madres a tomar decisiones razonadas sobre la pareja, la familia y las amistades que van a involucrarse con el hijo.
- Ayudar a las madres a planificar futuros embarazos.
- Ayudar a las madres a que continúen y finalicen su educación.
- Ayudar a las madres a encontrar un empleo adecuado.

transcurso sirven para futuros embarazos. Otro motivo para establecer el comienzo del programa de intervención durante el embarazo es evitar el mensaje implícito de que una madre es incompetente o incapaz de cuidar a sus hijos, algo que podría presumirse si el programa comenzara después de haberse producido el nacimiento.

Una segunda condición reside en el hecho de que las visitas al hogar las desarrollan profesionales con una formación específica para el programa, como no podía ser de otra manera. En el caso del programa de Olds, las visitas al hogar las realizan mujeres con especialización en Enfermería. Se considera que estas profesionales reúnen una combinación de habilidades, conocimientos y legitimidad cultural que favorece el éxito de su trabajo con madres en situación de riesgo social. Su familiaridad con el proceso del embarazo y parto, y con la salud maternal e infantil durante ese periodo, junto con el reconocimiento público de esta profesión, son aspectos que juegan a favor del programa y de su aceptación por las futuras madres. Dados sus conocimientos y su legitimidad percibida para identificar problemas relacionados con la salud, el cuidado apropiado de los niños y el uso de los servicios de salud, estas profesionales se encuentran en una posición ideal para incrementar la influencia clínica del programa a través de la detección y tratamiento temprano de los problemas. Cada una de estas profesionales tiene a su cargo un máximo de 25 familias para asegurar una carga de trabajo manejable y una relación continua con las familias. Los programas se localizan y desarrollan desde organizaciones comunitarias con experiencia en el trabajo con familias en situación de riesgo (la experiencia y reputación de estas organizaciones es necesaria para establecer la credibilidad del programa, así como su adecuado desarrollo y mantenimiento en el tiempo). Además, se establece la figura del supervisor del programa, con una supervisora por cada cuatro profesionales que realizan las visitas al hogar. La persona que realiza la supervisión actúa de guía y orientadora en el desarrollo del programa, media en las relaciones entre el personal y la organización y establece vínculos con otros servicios y organizaciones de la comunidad.

Las visitas se realizan siguiendo unos protocolos preestablecidos que proporcionan una estructura consistente a cada visita. En estas visitas se trabajan seis ámbitos que se consideran críticos para el funcionamiento individual y familiar en las diversas etapas del embarazo y primeros años de vida de los hijos: *a)* salud personal; *b)* salud ambiental; *c)* desarrollo personal de la madre; *d)* el rol maternal; *e)* vínculos con servicios de salud y sociales, y *f)* apoyo de familiares y amigos. En cada uno de estos ámbitos se realizan evaluaciones sobre la presencia de factores de riesgo asociados a diversas áreas problema de forma que el programa pueda ajustarse mejor a las necesidades de cada familia (véase Cuadro 11.9). El programa utiliza además un sistema de recogida de información común que permite hacer el seguimiento de las características de las familias, sus necesidades, los servicios ofrecidos y el progreso en el logro de los objetivos. Este sistema común es una herramienta fundamental para el desarrollo, seguimiento y evaluación del programa.

La cuarta y última de las condiciones consiste en comenzar las visitas durante el embarazo (antes de la semana 28 e idealmente entre las semanas 12 y 20), y continúan durante los dos primeros años de vida del menor. Se considera que éste es un período crítico en el desarrollo del rol maternal y su relación con el hijo. Esta es una estrategia fundamental del programa, puesto que las visitas al hogar de la profesional se realizan durante una fase importante del ciclo vital de familias en situación de riesgo social (el embarazo y los dos primeros años de vida). Ello permite al programa dirigirse simultáneamente a diversos ámbitos que deterioran los hábitos de salud y el cuidado de los hijos, tratando de satisfacer la necesidad que los padres (en particular nuevos padres en situación de riesgo) tienen de información, apoyo emocional y manejo del estrés. Al mejorar las condiciones para el embarazo y el cuidado del menor durante la primera infancia, se espera reducir los problemas en el ámbito de la salud y del cuidado infantil.

CUADRO 11.9. LA PREVENCIÓN DEL RIESGO SOCIAL: ÁREAS PROBLEMA Y FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES POR EL PROGRAMA

1. Bajo peso al nacer, nacimientos prematuros y problemas en el desarrollo infantil:
 - Tabaquismo.
 - Consumo de alcohol y otras sustancias.
 - Ganancia de peso inadecuada, dieta inapropiada, cuidado prenatal inadecuado, supervisión médica inadecuada.
2. Malos tratos físicos, negligencia y lesiones de los menores:
 - Inmadurez psicológica y problemas de salud mental de la madre.
 - Factores ambientales que generan situaciones estresantes en el hogar.
 - Una historia personal de rechazo, maltrato físico o negligencia en la infancia.
 - Manejo de menores con problemas en el desarrollo.
3. Dependencia de los servicios sociales y dificultades en el desarrollo personal de las madres:
 - Madres adolescentes, sin pareja y viviendo en la pobreza.
 - Mujeres con embarazos múltiples y sucesivos.
 - Mujeres con escaso control sobre sus circunstancias vitales y sus prácticas contraceptivas, así como una visión limitada de su propio desarrollo personal en las áreas de la educación y el trabajo.
4. Manifestación temprana de la conducta antisocial:
 - Déficits neuropsicológicos relacionados en parte con los cuidados inadecuados de la salud durante el embarazo.
 - Cuidados parentales disfuncionales.
 - Circunstancias vitales negativas de la madre: hacinamiento familiar, embarazos continuos, conducta delictiva, dependencia de los servicios sociales.

4.3. Estructura y desarrollo del programa

El programa, de acuerdo con un planteamiento ecológico, asume tres fuentes principales de influencia en el bienestar de los hijos: los padres, otros miembros de la familia y amigos, y los servicios que proporciona la comunidad donde vive esa familia. En primer lugar se enfatiza el desarrollo de los padres, puesto que su conducta constituye la influencia más poderosa en el desarrollo de sus hijos debido al control parental sobre el entorno prenatal del menor, las interacciones con los hijos después del nacimiento y su influencia en el entorno del hogar familiar. En segundo lugar, desde un planteamiento ecológico, se considera que las relaciones de los padres con su contexto social informal son una fuente importante de influencia en la conducta parental y el desarrollo de unas relaciones paterno-filiales adecuadas para el desarrollo óptimo del menor. En tercer lugar, se considera que la comunidad también ofrece importantes recursos a través de los sistemas formales de apoyo, como los servicios sociales y de la salud, para reducir situaciones de estrés que la familia por sí sola no puede manejar (Korfmacher, Kirtzman y Olds, 1998; Olds, 1981; Olds *et al.*, 1988, 1999).

En sintonía con ese planteamiento, durante las visitas al hogar se llevan a cabo tres actividades principales: *a)* un programa de educación dirigido a promover cambios adaptativos en las conductas que puedan afectar a los resultados del embarazo, la salud y el desarrollo del hijo y que pueden incidir en el desarrollo personal de la madre; *b)* promocionar y vincular al programa las relaciones informales de apoyo de otros miembros de la familia y amistades y, *c)* vinculación de la familia con otros servicios sociales y de la salud de la comunidad.

4.3.1. Programa educativo para el cambio conductual

Cada visita dura aproximadamente 90 minutos y está diseñada para alentar el cambio de aquellas conductas maternas que puedan conducir a problemas en el resultado del embarazo, problemas en la salud o en el desarrollo del niño, o conductas que comprometan el curso vital parental. El protocolo de visitas se organiza alrededor de los retos que para madres e hijos se presentan habitualmente durante el embarazo y primera infancia, y puede variar en función del momento en que las madres se integran en el programa, de las necesidades de aprendizaje, o de la capacidad de asimilación de contenidos educativos. Se evalúa el funcionamiento familiar y se realizan intervenciones específicas dependiendo del resultado de esas evaluaciones. El programa de educación

CUADRO 11.10. CALENDARIO DE VISITAS AL HOGAR

Las visitas al hogar duran alrededor de 90 minutos y varían en su frecuencia dependiendo de la fase del embarazo y de las etapas evolutivas una vez que nace el menor, lo que facilita establecer objetivos relevantes y alcanzables. La frecuencia de las visitas también puede adaptarse a las necesidades de la madre, así como en función de los resultados de la evaluación familiar.

La frecuencia de visitas sigue el siguiente esquema general

- | | |
|--|--------------------------|
| – Primer mes (a partir del comienzo del programa): | Visitas semanales |
| – Entre el primer mes y el parto: | Visitas cada dos semanas |
| – Seis primeras semanas después del parto: | Visitas semanales |
| – Hasta que el menor cumple 21 meses: | Visitas cada dos semanas |
| – Hasta que el menor cumple dos años de edad: | Visitas mensuales |

parental, que se desarrolla en el hogar, se estructura en dos fases: la primera se corresponde con el período prenatal y la segunda tiene lugar después del parto.

Objetivos conductuales durante el período prenatal. Las actividades del programa educativo durante el embarazo, aunque pueden variar con el momento de la gestación en el que la joven madre se incorpora al programa, se organizan en dos trimestres. Durante el primero, el objetivo fundamental se centra en el apoyo emocional a la madre: se trata de establecer una relación de confianza con ella, facilitar que verbalice sus sentimientos y reacciones acerca del embarazo y explorar los sentimientos y el apoyo disponible de los otros significativos. En el segundo trimestre, coincidiendo frecuentemente con el reconocimiento de los movimientos fetales, se incrementa la disposición para aprender acerca del crecimiento y del desarrollo fetal, y la preocupación acerca del parto es mayor. Se inicia entonces la exploración de los efectos que la salud y conductas maternas pueden tener en el desarrollo del bebé, así como de los aspectos relacionados con el parto y cuidado del recién nacido. Durante el período del embarazo, la profesional que realiza las visitas al hogar se concentra en el logro de los ocho objetivos conductuales (véase Cuadro 11.11).

Objetivos conductuales para el período postnatal. Después del parto, las visitas al hogar continúan hasta el segundo año de vida del recién nacido. Al igual que durante el período anterior, el contenido de las visitas se organiza de forma que se cubran todos aquellos aspectos que son comunes a las madres primerizas y se responde además a las necesidades y diferencias individuales. Durante este período, la profesional que realiza las visitas al hogar se concentra en el logro de diez objetivos conductuales (véase Cuadro 11.11).

CUADRO 11.11. OBJETIVOS CONDUCTUALES PARA EL PERIODO PRENATAL Y POSTNATAL

Objetivos conductuales durante el período prenatal:

1. Ayudar a mejorar la dieta y a realizar el seguimiento de las ganancias de peso.
2. Ayudar a eliminar o reducir el consumo de tabaco, alcohol y drogas.
3. Enseñar a los padres a identificar las señales que indican complicaciones en el embarazo.
4. Alentar el descanso regular, la realización de ejercicios apropiados y una higiene personal adecuada en el ámbito obstétrico.
5. Preparar a los padres para el parto.
6. Preparar a los padres para el cuidado adecuado del recién nacido.
7. Alentar el uso apropiado de los servicios de salud.
8. Alentar a las madres a planificar futuros embarazos, la posible vuelta al sistema educativo y la búsqueda de empleo.

Objetivos conductuales durante el período postnatal:

1. Mejorar la comprensión de los padres del temperamento infantil.
2. Promover el cuidado físico del menor.
3. Favorecer la regulación conductual y emocional del menor.
4. Mejorar la seguridad del hogar familiar.
5. Ayudar a las madres a adaptarse a su cambio de rol.
6. Continuar ayudando a las madres a planificar su futuro (en los ámbitos educativo, laboral y familiar).
7. Establecer planes concretos para finalizar la educación.
8. Ayudar a las madres a buscar y mantener un trabajo.
9. Utilización de métodos anticonceptivos seguros.
10. Identificar formas de cuidado del menor que garanticen su seguridad.

4.3.2. Promoción e inclusión en el programa de fuentes de apoyo social informal

Otra actividad fundamental de este programa de intervención es la mejora del apoyo informal que las madres disponen durante el embarazo, parto y primera infancia. Durante las visitas al hogar, la profesional trata de identificar miembros de la familia y amistades próximas en quienes la madre pueda confiar y a quien poder recurrir en caso de necesidad. Una vez identificadas las figuras primaria y secundaria de apoyo, la profesional alienta a la madre a que invite a esas personas a participar en las sesiones que tienen lugar en el hogar, organizándose con frecuencia las visitas de acuerdo con la disponibilidad de esa figura de apoyo. El objetivo es que estas personas apoyen y ayuden a la madre en las responsabilidades del hogar, la acompañen durante las visitas al hospital, estén presentes durante el parto, colaboren en el cuidado del recién nacido y refuercen los consejos del profesional durante su ausencia (siempre que es posible se alienta la participación del esposo o pareja, sea o no el padre, así como de la madre). Estas personas pueden desempeñar un rol fundamental en el logro de los objetivos del programa (aunque también se asume que no todas las redes informales ejercen una influencia constructiva en la familia). Su inclusión en el programa obedece al planteamiento de que pueden constituir figuras importantes con gran influencia en la vida del menor. Sus habilidades parentales, su contribución a la vida familiar y su apoyo a la joven madre se consideran recursos importantes para el programa. Aunque el programa asume que la madre es la principal responsable de la salud y bienestar de los hijos, en algunas familias es la abuela la que se encuentra más dispuesta a colaborar y responsabilizarse del cuidado de los hijos. En estos casos, las profesionales también dirigen su programa educativo a esta figura familiar tratando de mejorar su colaboración con la madre. En caso de conflicto entre madre y abuela, bien como resultado de una actitud de competencia entre las dos, o por la falta de responsabilidad de ambas en el cuidado del menor, el papel de la profesional es intentar ayudar a resolver estos conflictos, mediando e intentando mejorar la comunicación.

Durante las visitas al hogar se evalúa mediante entrevistas y observación la calidad de las relaciones de la beneficiaria del programa con su red social informal (pareja, marido, madre, amistades y otros miembros de la familia extensa). Se trata de determinar la medida en que la posible carencia de un apoyo social informal adecuado es el resultado del aislamiento social de la madre (no tener nadie a quien recurrir), o de su incapacidad para establecer relaciones de confianza mutua duraderas. Se valora asimismo la posibilidad de que las nuevas ideas que introduce el programa generen o intensifiquen hostilidades entre los miembros de la red de apoyo de la madre o entre la madre y su figura primaria de apoyo. Obviamente, la formación y las habilidades adquiridas por las profesionales que desarrollan el programa (véase epígrafe siguiente), desempeñarán un papel muy importante en la valoración y manejo de estas situaciones. En ocasiones, las madres pueden mantener una relación de pareja con personas violentas, negligentes o involucradas en actividades delictivas. En estos casos, la profesional trata de apoyar a la madre en su decisión de abandonar estas relaciones destructivas. Sin embargo, puesto que es posible que la madre quiera mantener estas relaciones a toda costa, puede no ser prudente para la profesional intervenir activamente para desincentivar esta relación. Las habilidades y sensibilidad de las profesionales son fundamentales de nuevo para que, sin dejar de respetar las decisiones de la joven madre, sean capaces de transmitir la idea de que no tiene por qué aceptar un tratamiento abusivo, ofreciendo consejo y ayuda para que la madre tome decisiones que redunden en su propio beneficio.

4.3.3. Vinculación con los sistemas formales de apoyo en la comunidad

Durante el desarrollo del programa, las profesionales se encuentran con problemas y estresores familiares que no pueden afrontar con garantía con los recursos de que disponen. Para ello una actividad prevista del programa es la conexión de las familias con los servicios sociales y de salud. Desde las primeras visitas al hogar se realiza una evaluación sistemática de la medida en que las necesidades básicas de la familia están satisfechas. Entre las áreas consideradas se encuentran los ingresos, vivienda, alimentación, cuidados médicos y problemas físicos, mentales o de consumo de sustancias. El contacto con las familias permite identificar si algunas de

estas áreas están desatendidas; ello proporciona la información adecuada a los servicios comunitarios y permite establecer los vínculos apropiados entre estos sistemas formales de apoyo y las familias. Las profesionales supervisan que las familias mantengan las visitas concertadas con los servicios de obstetricia y pediatría o acudan al médico cuando surgen problemas de salud. Las profesionales mantienen también informados a estos servicios sobre las condiciones médicas, sociales y emocionales de las madres, de forma que se proporcione el cuidado más adecuado, tanto desde los servicios médicos como desde el programa. Al mantener una comunicación regular con los servicios de salud, las profesionales pueden ayudar a clarificar y reforzar las recomendaciones médicas en el hogar familiar. Asimismo, para satisfacer otras necesidades identificadas durante las visitas al hogar, la profesional conecta a la familia con otros servicios comunitarios: ayudas de servicios sociales, ayudas económicas, planificación familiar, transporte, educación de adultos, formación laboral o servicios de salud mental, etc. Esta conexión con los servicios formales de apoyo de la comunidad es particularmente relevante a medida que el programa se acerca a su final y el vínculo entre la madre y la profesional que ha visitado el hogar durante más de dos años tiene que romperse. El programa finaliza asegurando la conexión de la familia con cualquier servicio de apoyo que la madre pueda continuar necesitando.

4.4. Formación del personal del programa

Un elemento fundamental del programa es la utilización de profesionales con titulación en Enfermería como personal para la realización de las visitas al hogar. Para su integración en el programa se requiere que posean conocimientos básicos en las áreas de salud pública, salud mental y salud maternal e infantil. Junto con los supervisores, estas profesionales identifican posibles carencias en habilidades y conocimientos relevantes para poder concentrarse en esas necesidades durante el periodo de formación que es, en ese sentido, adaptable.

La formación comprende aproximadamente unas 60 horas de instrucción dirigida a que el personal no sólo comprenda los fundamentos teóricos y los principios que subyacen al programa, sino que desarrollen también las habilidades y competencias para implementarlo. La formación incluye sesiones presenciales, materiales audiovisuales, cursos on-line y otros recursos formativos. La formación tiene además un carácter continuo que incluye también las necesidades que van surgiendo durante el periodo de cerca de dos años y medio que duran las visitas. La organización gestora del programa («The Nurse-Family Partnership») proporciona información, apoyo y supervisión a medida que se presentan nuevos retos en el trabajo con las familias. El personal del programa dispone de materiales curriculares elaborados especialmente para su desarrollo y evaluación, para cuyo adecuado uso reciben también una formación específica. Estos protocolos y materiales educativos son fundamentales para proporcionar a las profesionales que desarrollan el programa una estructura consistente en el trabajo con las familias. Por ejemplo, las profesionales disponen de tres volúmenes con instrucciones y pautas escritas, dedicado cada uno de ellos a los tres periodos por los que atraviesa el programa: embarazo, niños recién nacidos y primera infancia. Cada uno de ellos se organiza alrededor de los seis ámbitos que el programa considera como críticos para el adecuado funcionamiento individual y familiar: *a)* salud personal; *b)* salud ambiental; *c)* desarrollo personal de la madre; *d)* el rol maternal; *e)* vínculos con servicios de salud y sociales, y *f)* apoyo de familiares y amigos. Se espera además que las profesionales alcancen un elevado grado de competencia en la evaluación de la interacción paterno-filial, para lo cual cuentan también con un sistema estandarizado. Finalmente, todo el personal que participa en el programa maneja un sistema común de recogida de información. Este sistema permite la evaluación y supervisión continua del programa, la comparación de sus logros en las distintas comunidades donde se aplica, así como el feedback corrector para la mejora del mismo.

4.5. Control de calidad en la aplicación del programa

El profesor David Olds, creador del programa, ha insistido repetidamente en la necesidad de que se respeten ciertos estándares y condiciones para que el programa logre sus objetivos. Las razones son sencillas: la

evidencia empírica disponible aconseja que para que funcione este programa debe aplicarse de acuerdo con el modelo testado en los diversos ensayos clínicos realizados. Es decir, para lograr los objetivos establecidos, el programa debe dirigirse a madres en su primer embarazo que se encuentren en situación de riesgo social; debe comenzar durante el embarazo y continuar hasta el segundo año de vida siguiendo la estructura establecida y testada. Además, los resultados empíricos apoyan la utilización para las visitas al hogar de profesionales con titulación en Enfermería (Olds *et al.*, 1999, 2002, 2004b). Estudios independientes confirman la importancia de adherirse a la estructura, contenido y método de este programa para asegurar su efectividad (Layzer *et al.*, 2001; MacMillan y Wathen, 2005). La conclusión es que si el programa mantiene un control de calidad estricto y se aplica y evalúa en condiciones rigurosas y con fidelidad al modelo original, se pueden lograr cambios significativos en las vidas de las madres y niños a los que se dirige.

Desde esta premisa, David Olds no sólo ha insistido en que el programa se aplique correctamente; también se ha preocupado de que la extensión del programa a otras comunidades se realice de forma espaciada y sin prisas, para no comprometer su efectividad. Hay que recordar que el primer ensayo del programa se realizó en 1977 y que hasta el año 2000 no se inició una aplicación a escala nacional. Olds y sus colaboradores tratan de evitar el error común de recomendar la aplicación de un programa con resultados prometedores sin datos suficientes para conocer su generalizabilidad y efectividad en otros contextos, poblaciones o condiciones. El compromiso de los creadores de este programa para asegurar el máximo rigor científico en el diseño y en la evaluación, así como en el conocimiento de sus límites, es la mejor garantía de calidad. Esta preocupación por mantener el rigor ha llevado a establecer por parte de la organización que gestiona el programa un conjunto de condiciones y requisitos para su disseminación de suerte que aseguren la fidelidad al modelo original evaluado científicamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barnett, B., Duggan, A. K., Wilson, M. D. y Joffe, A. (1995). Association between postpartum substance use and depressive symptoms, stress, and social support in adolescent mothers. *Pediatrics*, 96, 659-666.
- Baumeister, R. F. y Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ceballo, R. y McLoyd, V. C. (2002). Social support and parenting in poor, dangerous neighborhoods. *Child Development*, 73, 1310-1321.
- Cochran, M. (1993). Parenting and personal social networks. En T. Luster y L. Okagaki (Eds.), *Parenting: An ecological perspective* (pp. 149-178). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Eckenrode, J. y Hamilton, S. (2000). One-to-one support intervention. En S. Cohen, L. Underwood y B. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientist* (p. 246-277). Oxford: Oxford University Press.
- Elbourne, D., Oakley, A. y Chalmers, I. (1989). Social and psychological support during pregnancy. En I. Chalmers, M. Enkin y M. Keirse (Eds.), *Effective care in pregnancy and childbirth* (pp. 221-236). Oxford: Oxford University Press.
- Garbarino, J. y Stocking, S. H. (1980). The social context of child maltreatment. In J. Garbarino & S.H. Stocking (Eds.), *Protecting Children from Abuse and Neglect* (pp. 1-14). London: Jossey-Bass.
- Garbarino, J., Guttman, D. y Seeley, J. W. (1986). *The psychologically battered child*. London: Jossey-Bass.
- Gottlieb, B. H. (1992). Quandaries in translating support concepts to intervention. En H. O. F. Veiel y U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 293-309). New York: Hemisphere.
- Gracia, E. (1995). Visible but unreported: A case for the «not serious enough» cases of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 19, 1083-1093.
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Gracia, E. (1998). La psicología comunitaria en los pasillos: reflexiones sobre la pregunta de un alumno. En D. Páez y S. Ayestarán (Eds.), *Los desarrollos de la Psicología Social en España* (p. 129-134). Madrid: Fundación Infancia y Aprendizaje.
- Gracia, E. y Herrero, J. (2004a). Personal and situational determinants of relationship-specific perceptions of social support. *Social Behavior and Personality*, 32, 459-476.
- Gracia, E. y Herrero, J. (2004b). Determinants of social integration in the community: An exploratory analysis of personal, interpersonal and situational variables. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 14, 1-15.
- Gracia, E. y Herrero, J. (2006). Perceived neighborhood social disorder and attitudes toward reporting child physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 30, 357-365.
- Gracia, E. y Musitu, G. (1993). *El maltrato infantil: Un análisis ecológico de los factores de riesgo*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Gracia, E. y Musitu, G. (1997). Parental acceptance-rejection, child maltreatment and community social support. *International Journal of Child and Family Welfare*, 2, 232-246.
- Gracia, E. y Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Gracia, E. y Musitu, G. (2003). Social isolation from communities and child maltreatment: A cross-cultural comparison. *Child Abuse & Neglect*, 27, 153-168.
- Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (1995). *El apoyo social*. Barcelona: PPU.
- Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (2000). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.

- Gracia, E., Lila, M. S. y Musitu, G. (2005). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud Mental*, 28, 73-81.
- Harris, M. J. y Kotch, J. B. (1994). Unintentional injuries: Sociodemographic and psychosocial factors. *Public Health Nursing*, 11, 90-97.
- Herrero, J. y Gracia, E. (2004). Predicting social integration in the community among college students. *Journal of Community Psychology*, 32, 707-720.
- Killingsworth-Rini, C. K., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P. D. y Sanduan, C. A. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: The role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology*, 18, 333-345.
- Kitzman, H. Olds D. L., Henderson, C. R. Jr., Hanks, C., Cole, R., Tatelbaum, R., McConnochie, K. M., Sidora, K., Luckey, D. W., Shaver, D., Engelhardt, K., James, D. y Barnard, K. (1997). Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 278, 644-652.
- Kitzman, H. Olds D. L., Sidora K. Henderson, C. R. Jr., Hanks, C., Cole, R., Luckey, D. W., Bondy, J., Cole, K., Glazner, J. (2000). Enduring effects of nurse home visitation on maternal life course: a 3-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 1983-1989.
- Korbin, J. E. (2003). Neighborhood and community connectedness in child maltreatment research. *Child Abuse & Neglect*, 27, 137-140.
- Korfmacher, J., Kitman, H. y Olds D. L. (1988). Intervention processes as predictors of outcomes in a preventive home-visitation program. *Journal of Community Psychology*, 26, 49-64.
- Layzer, J. I., Goodson, B. D., Bernstein, L. y Price C. (2001). *National evaluation of family support programs*. Cambridge, MA: Abt Associates.
- Lila, M. S. y Gracia, E. (2005). Determinantes de la aceptación-rechazo parental. *Psicothema*, 17, 107-111.
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. En N. Lin, A. Dean, y W. Ensel (Eds.), *Social Support, Life Events, and Depression* (pp. 17-30). New York: Academic Press.
- Lin, N. y Ensel, W. M. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399.
- MacMillan, H. L. y Wathen, C. N. (2005). Family violence research: Lessons learned and where from here. *Journal of the American Medical Association*, 294, 618-620.
- Olds, D. (1981). Improving formal services for mothers and children. En J. Garbarino y S Stocking (Eds.), *Protecting children from abuse and neglect: Developing and maintaining effective support systems for families* (p. 173-197). San Francisco: Jossey-Bass.
- Olds, D. (1988). The Prenatal/Early Infancy Project. En R. H. Price, E. L. Cowen, R. P Lorion y J. Ramos-McKay (Eds.), *14 ounces of prevention: A casebook for practitioners* (pp. 9-23). Washington, DC: American Psychological Association.
- Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R. Jr., Kitman, H., Powers, J., Cole, R., Sidora, K., Morris, P., Pettitt, L. M. y Luckey, D. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 278, 637-643.
- Olds, D. L., Henderson, C. R. Jr. y Kitman, H. (1994). Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? *Pediatrics*, 93, 89-98.
- Olds, D. L., Henderson, C. R. Jr., Cole, R., Eckenrode, J., Kitman, H., Luckey, D., Pettitt, L., Sidora, K., Morris, P. y Powers, J. (1998a). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1238-1244.
- Olds, D. L., Henderson, C. R. Jr., Kitman, H., Eckenrode, J., Cole, R. y Tatelbaum, R. (1998b). The promise

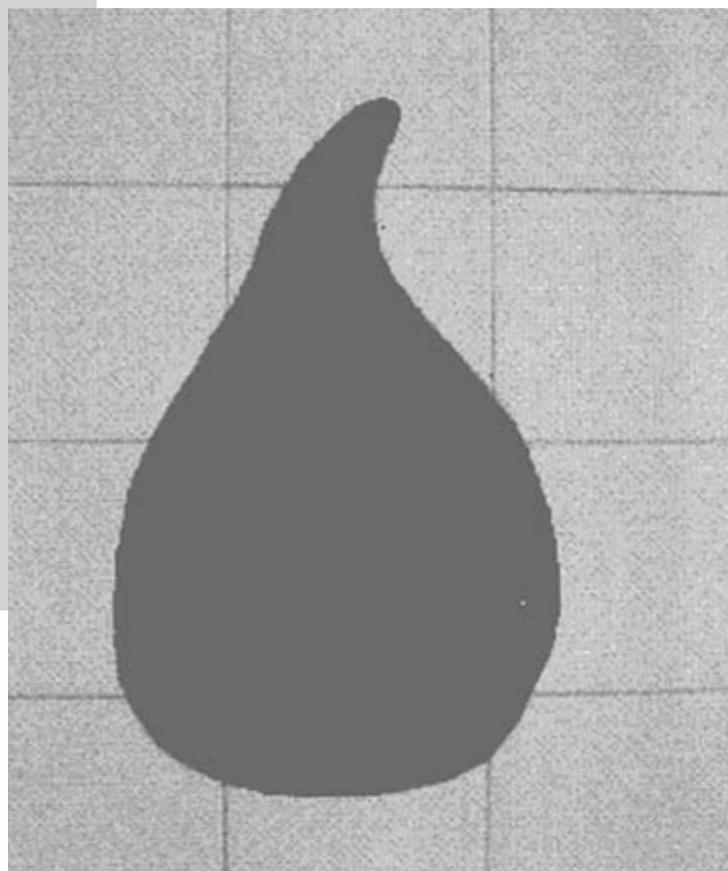
- of home visitation: Results of two randomized trials. *Journal of Community Psychology*, 26, 5-21.
- Olds, D. L., Henderson, C. R. Jr., Kitzman, H., Eckenrode, J., Cole, R. y Tatelbaum, R. (1999). Prenatal and infancy home visitation by nurses: recent findings. *The Future of Children*, 9, 44-65.
- Olds, D. L., Henderson, C. R., Tatelbaum, R. y Chamberlin, R. (1986a). Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 77, 16-28.
- Olds, D. L., Henderson, C. R., Tatelbaum, R. y Chamberlin, R. (1986b). Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 78, 65-78.
- Olds, D. L., Henderson, C. R., Tatelbaum, R., & Chamberlin, R. (1988). Improving the life-course development of socially disadvantaged mothers: A randomized trial of nurse home visitation. *American Journal of Public Health*, 78, 1436-1445.
- Olds, D. L., Robinson, J., O'Brien, R., Luckey, D. W., Pettitt, L. M., Henderson, C. R. Jr., Ng, R. K., Sheff, K. L., Korfmacher, J., Hiatt, S. y Talmi, A. (2002). Home visiting by paraprofessionals and by nurses: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 110, 486-496.
- Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. W., Henderson, C. R. Jr., Hanks, C., Bondy, J. y Holmberg, J. (2004a). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: Age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114, 1550-1559.
- Olds, D. L., Robinson, J., Pettitt, L. M., Luckey, D. W., Holmberg, J., Ng, R. K., Isacks, K., Sheff, K. y Henderson, C. R. Jr. (2004b). Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: Age 4 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114, 1560-1568.
- Sweet, M. A. y Appelbaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75, 1435-1456.
- Weiss, H. B. (1993). Home visiting: Necessary but not sufficient. *The Future of Children*, 3, 113-128.

CAPÍTULO 12

Una intervención comunitaria para incrementar las donaciones de sangre en un campus universitario

Fernando Chacón

*SE BUSCA: hombre o mujer,
entre 18 y 65,
que pese más de 50 kilos...*



COMPENDIO DEL CAPÍTULO

En este capítulo se describe un sencillo pero muy eficaz programa de intervención con cuya ayuda se ha incrementado considerablemente la donación de sangre en el Campus universitario de Somosaguas, donde se ubica la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. El capítulo se desarrolla de acuerdo a los siguientes puntos:

1. Introducción
 2. Donación de sangre: conducta de ayuda y factores psicosociales
 3. Primera etapa del programa: 1986-1988
 4. Consolidación de la intervención: principales innovaciones
 5. Evaluación
 6. Efectividad de los distintos medios
 7. Conclusiones
-

1. INTRODUCCIÓN

En 1985 presenté mi tesis doctoral sobre conducta altruista que incluía una investigación sobre factores de personalidad en donantes de sangre habituales. En los años siguientes, 1986-1988, gracias a una alumna que obtuvo una beca de formación de personal investigador, iniciamos un programa de intervención para incrementar el número de donaciones de sangre en la Facultad de Psicología de la UCM (Lozano, Barrón y Chacón, 1987). La becaria en cuestión abandonó la realización de su tesis doctoral, y decayó el aspecto puramente investigador de la intervención, pero ésta siguió como parte del proyecto de prácticas de los alumnos de la asignatura de Psicología Comunitaria, año tras año, hasta llegar al 2006. Este capítulo describe las líneas generales de las intervenciones que se han llevado a cabo desde entonces. Conviene señalar, ya de entrada, que los verdaderos protagonistas de esta intervención son los alumnos en prácticas, es decir, los sujetos a los que va dirigida. Con ello no hacemos sino abundar en un principio que viene presidiendo este manual desde sus primeras páginas: «no podemos hablar de intervención, han dicho Amalio Blanco y Sergi Valera en el primer capítulo, sin tomar en consideración a las personas implicadas en ella como beneficiarios». Esa es, precisamente, una de las características más sobresalientes de la intervención que presentamos.

La Unidad Móvil del Centro de Transfusión de Sangre de la Comunidad de Madrid (inicialmente era de la Hermandad de Donantes de Sangre de la Seguridad Social) se desplaza a la Facultad de Psicología dos veces cada curso: una, en octubre-noviembre, y otra en marzo-abril. Durante los primeros años, cuando la asignatura de Psicología Comunitaria era anual, fue posible tomar una línea base en la primera visita, y realizar la verdadera intervención durante la segunda, en marzo-abril del siguiente año. Tras el cambio de Plan de Estudios en 2003, la asignatura pasó a ser cuatrimestral y sólo se ha podido realizar la intervención durante la primera visita, pero el interés y la implicación de los alumnos ha posibilitado a veces su colaboración y por tanto la puesta en marcha de la intervención durante la segunda visita.

El marco en el que nos movemos se aleja de las a veces sinuosas complejidades económicas, políticas y ambientales que caracterizan algunas de las intervenciones descritas en los capítulos de este texto. Se trata de una intervención sencilla, inserta en el devenir más cotidiano y recurrente de cualquier estudiante universitario. Silverio Barriga (1987, p. 16) ha caracterizado a las intervenciones como las que aquí se describen con los siguientes rasgos:

- Una modalidad de investigación fundamental cercana a la vida real.
- Una investigación sobre la acción, sobre su eficacia y eficiencia.
- Una investigación para la acción asesorando a los agentes del obrar.
- Una investigación en acción que conlleva la participación de los sujetos en la propia acción investigadora.

De acuerdo con esta propuesta, la experiencia que se presenta en este capítulo se puede corresponder con los puntos uno, dos y cuatro. Respecto al tercero, podemos afirmar que algunas de las propuestas de intervención puestas en marcha en la Facultad de Psicología han sido asumidas por la organización responsable de la donación de sangre de la Comunidad de Madrid y se han generalizado a todo el programa de donación de sangre que se realiza en los distintos campus universitarios.

2. DONACIÓN DE SANGRE: CONDUCTA DE AYUDA Y FACTORES PSICOSOCIALES

Una vez prohibidas las donaciones retribuidas, la donación de sangre pasa a formar parte de las conductas de ayuda o conductas altruistas. Pero esto no nos dice mucho, sobre todo si tenemos en cuenta la enorme variabilidad

de este tipo de conducta. Si aplicamos la tipología cognitivo-dimensional de episodios sociales de ayuda de Smithson, Pearce y Amato (1983), que clasifica este tipo de conductas según su posición en dos continuos (Ayuda Importante-Ayuda Poco Importante; Ayuda Planificada-Ayuda Espontánea), la donación de sangre sería un comportamiento importante y relativamente planificado en la mayoría de las ocasiones. En realidad, la donación de sangre puede ser espontánea o planificada según el contexto social en el que se realice: donar sangre en un caso de emergencia y tras una petición directa sería una conducta espontánea, pero la conducta de un donante de sangre habitual por iniciativa propia sería una conducta planificada. Esta puede parecer una cuestión baladí, pero no lo es, entre otras cosas porque la investigación psicosocial ha demostrado que a la hora de explicar la conducta los factores situacionales son más determinantes en las situaciones espontáneas, mientras que en las situaciones planificadas son más importantes los factores personales.

Los estudios psicosociales sobre la donación de sangre pueden englobarse en tres categorías:

1. Las investigaciones que emplean la donación de sangre para poner a prueba teorías psicosociales como las referidas a la relación entre actitud y conducta, o a las conductas prosociales o de ayuda.
2. Los estudios que se centran en analizar los determinantes personales y sociales de la donación de sangre, donde destacan las investigaciones que analizan las diferencias entre los donantes de sangre y los no donantes, o entre los donantes habituales y los esporádicos.
3. Los estudios que utilizan la donación de sangre para poner a prueba la eficacia o las limitaciones de una determinada técnica de influencia social.

Dentro de la primera categoría destacan los trabajos que han puesto a prueba la Teoría de la Acción Planificada (Burnkrant y Page, 1982; Warshaw, Calantone y Joyce, 1986), y específicamente la relación entre las variables de este modelo y la conducta de donar: la intención conductual (Armitage, 2003a; Ferguson y Bibby, 2002), el control conductual percibido (Armitage, 2003b; Fergusson, 2004;), o la autoeficacia (Giles *et al.*, 2004). En este grupo no podemos olvidar los trabajos de Piliavin y Calero (1991) sobre la identidad de rol y la donación de sangre habitual, o los que ponen a prueba la importancia de las variables incluidas en las teorías del aprendizaje social (Sarason *et al.*, 1991), la teoría normativa de Schwartz (Piliavin y Libby, 1985-86) en la adquisición de conductas de ayuda, o la más reciente aplicación del Modelo de Probabilidad de Respuesta (Hall, 1996).

Dentro de la segunda categoría, los resultados muestran que hay diferencias entre donantes y no donantes en las siguientes variables de personalidad:

- Responsabilidad social (Zuckerman, Siegelbaum, y Williams, 1977).
- Adscripción de responsabilidad, es decir la conciencia de que las acciones personales influyen en el bienestar de los demás (Chacón, 1985; Zuckerman, Siegelbaum y Williams, 1977).
- Obligación moral o normas morales personales de donar sangre (Armitage y Conner, 2001).
- Locus de control interno (Chacón, 1985).
- Disposición a la empatía (Weinman, 2003).

Pero, como era previsible, también los factores situacionales influyen en las tasas de donación de sangre. Foss (1983) ya puso de manifiesto que el apoyo comunitario era esencial para explicar la tasa de donación en un grupo. Cuando se mantenía constante el apoyo comunitario percibido, y el efecto de las normas morales personales y el sentimiento de obligación personal, no aumentaba significativamente el porcentaje de varianza explicada por la variable apoyo comunitario. La donación de sangre es una forma de acción colectiva que implica y está influida por procesos intra y supraindividuales.

Dentro de la tercera y última categoría de estudios, en los que se encuentran las estrategias empleadas para incrementar el número de donaciones, nos encontramos con investigaciones que utilizan las siguientes estrategias:

- La comunicación persuasiva (Grace, 1957).
- Incentivos (Ferrari *et al.*, 1985). En general, los incentivos pueden motivar a los donantes primerizos, pero no a los habituales; éstos son más sensibles a los llamamientos que ponen de relieve el carácter altruista de su acto (Paulhus, Shaffer, y Downing, 1977). Hay incluso algunos estudios que apoyan que los incentivos económicos pueden disminuir el número de donaciones entre los donantes habituales, probablemente por un efecto de socavamiento de la motivación intrínseca.
- La técnica de la lista, consistente en solicitar a una persona que realice un determinado acto enseñándole al mismo tiempo un listado de personas que ya se han comprometido a hacerlo (Reingen, 1982).
- La técnica de *la puerta en la cara* en la que se solicita inicialmente algo difícil de realizar, que con casi toda seguridad será rechazado, y después, cuando la persona se niega, se le pide que acceda a algo menos costoso (Cialdini y Ascani, 1976).

Pero sin duda la estrategia que más debate ha concitado es la llamada *técnica del pie en la puerta*. En los años 60, Freedman y Fraser comprobaron que si a una persona se le pide un pequeño favor al que es casi imposible negarse, y acepta, es más probable que posteriormente acceda a una petición mayor que si ésta se le realiza inicialmente. Las primeras experiencias de Cialdini y Ascani (1976) y Foss y Dempsey (1979) aplicando la técnica para reclutar donantes de sangre fracasaron. Sin embargo, se mostró efectiva en una investigación posterior de Hayes (1983) en la que las dos peticiones estaban relacionadas con la donación. En lo que todos los autores coinciden es que las peticiones personales, realizadas cara a cara son más efectivas que las llamadas telefónicas o a través de medios de comunicación. Es habitual emplear este tipo de peticiones combinada con una estrategia de bola de nieve (Jason *et al.*, 1984).

El programa que vamos a describir a continuación se basa en algunas de las principales conclusiones de los estudios que acabamos de revisar: intenta incrementar la percepción de apoyo comunitario a la donación, captar la atención de los posibles donantes mediante mensajes atractivos, y en muchas ocasiones combinarlo con peticiones directas cara a cara. Todo ello se complementa con cambios organizacionales y ambientales en la ubicación de la Unidad Móvil.

3. PRIMERA ETAPA DEL PROGRAMA: 1986-1988

A la hora de explicar lo que ha sido la intervención comunitaria para incrementar el número de donaciones de sangre en la Facultad de Psicología de la UCM a lo largo de estos veinte años, nos encontramos con una importante dificultad. Cada curso la intervención fue planificada y llevada a cabo por un grupo diferente de alumnos, y las actividades realizadas fueron muy diversas. En realidad puede decirse que sólo existen tres elementos comunes:

- La ubicación de la Unidad Móvil.
- La utilización de carteles no convencionales, llamativos, muy diferentes a los empleados normalmente por el Centro de Transfusiones de Sangre de la Comunidad de Madrid.
- La recogida sistemática de información.

El resto de actuaciones variaban mucho de un año a otro: la información clase a clase, la solicitud de colaboración a los profesores, la utilización de la técnica de la lista, etc. Por ello es imposible determinar el grado de eficacia de cada una de ellas, pero sin embargo, tomados en su conjunto, los datos no dejan lugar a la duda sobre la eficacia a largo plazo de una intervención comunitaria de este tipo.

3.1. Situación Previa

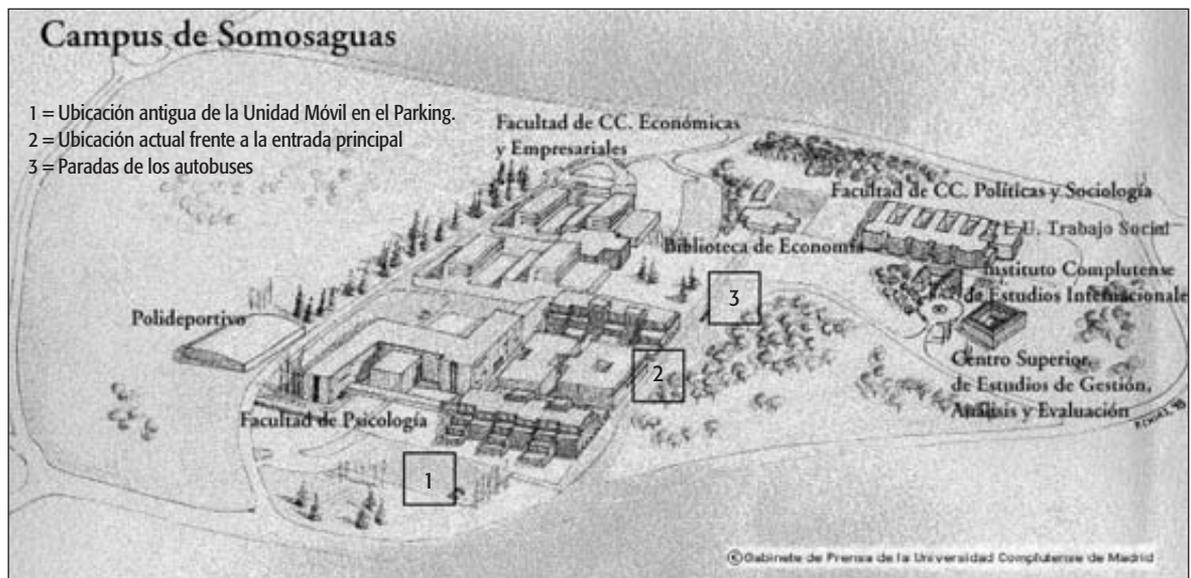
La Facultad de Psicología de la Universidad Complutense está enclavada en el Campus de Somosaguas, a unos kilómetros del casco urbano de Madrid, y sólo es posible acceder a ella en autobús o en coche particular. Consta de tres edificios, dos laterales donde están las clases y seminarios, y un pabellón central donde se encuentran los servicios comunes: Secretaría, Biblioteca, Librería, Decanato, etc. Además, en el mismo campus de Somosaguas donde está la Facultad de Psicología, están enclavadas la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, la de Ciencias Económicas y Empresariales, y la Escuela de Trabajo Social (véase Gráfico 12.1) que sirven también como grupos de comparación, aunque obviamente no son equivalentes.

Hace veinte años, las Unidades Móviles se desplazaban a las Facultades sin avisar previamente a los Decanatos o a la gerencia de la Facultad; simplemente se trasladaba un colaborador unos días antes y colocaba carteles anunciadores. Además, el autobús o Unidad Móvil de donación recogía primero al equipo, y después se desplazaba a las facultades donde no solía llegar antes de las 10 de la mañana. A esa hora todas las plazas de aparcamiento cercanas a las puertas principales están ocupadas. Eso obligaba a la Unidad a ubicarse en aparcamientos alejados y fuera del trayecto más concurrido, el que va desde las paradas de los autobuses a las entradas a la Facultad, lo que provocaba que muchos alumnos no se apercibieran de la presencia de la Unidad Móvil. Por otra parte, los carteles anunciadores del día de la donación destacaban poco, eran poco visibles y además no estaban ubicados en los lugares más adecuados.

3.2. Intervención

Tal y como reza el título de este epígrafe, la primera etapa del programa discurrió entre 1986 y 1988. La mayoría de las actuaciones que se incluyeron entonces se mantienen en la actualidad y constituyen lo que en el Capítulo 8 se ha denominado los componentes centrales de la intervención (véase epígrafe 2.2.1 del Capítulo 8).

Gráfico 12.1. Dibujo esquemático del Campus de Somosaguas de la U.C.M.



En primer lugar, nos entrevistamos con el Secretario General de la Hermandad de Donantes de Sangre que en 1986 era la entidad de quienes dependían las Unidades Móviles. Durante dicha entrevista se expusieron los objetivos de la intervención, y se le solicitó la colaboración de la institución para realizarla. Se le pidió asimismo que nos avisase con suficiente antelación para preparar la intervención. Por último, se le pidió que tuviésemos acceso a las cifras de donación de campañas anteriores para que sirvieran a modo de línea base.

El segundo paso consistió en una sencilla intervención durante la cual se incidió en cuatro aspectos:

1. *Ubicación de la Unidad Móvil.* Cuando la Hermandad nos avisó de la próxima visita de la Unidad Móvil, se habló con la Gerencia para que reservase la zona de aparcamiento más cercana a la puerta principal de la Facultad de Psicología, frente al Pabellón Central. Se trata de un lugar de visión obligada para todos los que acceden a la Facultad, y se consideró que era el óptimo para situar el autobús de la Hermandad de Donantes.
2. *Tipo de carteles.* Cada año, los alumnos que colaboran en la intervención diseñan nuevos carteles específicos para la Facultad de Psicología que por lo general acostumbran a ser muy llamativos. Con ello se pretendía alcanzar un doble objetivo: *a)* incrementar la visibilidad de los carteles, de suerte que todos los alumnos que acudieran a la Facultad durante los días de la campaña de donación y durante los días previos tuvieran conocimiento de la campaña, y *b)* acercar la donación de sangre a la comunidad universitaria; hacer que la visita de la Unidad Móvil de Donación no se viviese como algo ajeno a la Facultad, sino como algo propio de la misma. No obstante, también se siguieron empleando los carteles que enviaba la Hermandad, y posteriormente el Centro de Transfusión de Sangre de la Comunidad de Madrid.
3. *Ubicación y número de carteles.* A los colaboradores de la Hermandad de Donantes de Sangre no se les permitía colocar carteles a su antojo. Si a ello añadimos su desconocimiento de los espacios y lugares de paso más frecuentados por los estudiantes (rellanos de escaleras, ascensores, puerta de la cafetería y de la biblioteca, etc.), el resultado era fácilmente predecible: los carteles pasaban desapercibidos. Para tratar de solucionar este inconveniente se consiguió permiso del decanato de la Facultad para colocar los carteles en aquellos lugares que considerásemos oportuno, y los alumnos que colaboraban en la investigación se encargaron de situarlos en los lugares más convenientes.
4. *Entrega de folletos informativos:* los días en los que se realizaba la campaña de donación se entregaban folletos informativos en las principales entradas de la Facultad.
5. *Número de personas presentes en los alrededores de la Unidad Móvil.* Durante los primeros años manipulamos el número de personas que aparentemente esperaban en la «cola» para donar sangre. Procuramos que siempre hubiese tres/cuatro personas en la puerta del autobús (lógicamente se trataba en muchos casos de colaboradores de la intervención). La idea que dirigía esta actuación era que los posibles donantes percibieran que la donación de sangre era una conducta que muchos compañeros, pares suyos, realizaban, pero sin que la percepción de los costes (tiempo invertido) fuera excesiva (la «cola» nunca era muy larga). Esta actuación se basa en la teoría de Cialdini de las normas sociales: cuando una conducta es aceptada socialmente y la realizan muchas personas de una comunidad, para incrementarla es más efectivo activar las normas descriptivas que las prescriptivas. Además pretendíamos aumentar el sentimiento de apoyo comunitario a la donación de sangre de la Facultad.

A estas medidas habría que añadir la habitual carta recordatorio que la Hermandad de Donantes de Sangre, primero, y el Centro de Transfusiones de Sangre después, remitían a los estudiantes que habían donado en ocasiones anteriores.

Además, a los alumnos que donaban sangre se les aplicaron dos sencillos cuestionarios elaborados «ad hoc» en los que se recogían datos de tipo demográfico, datos sobre el apoyo comunitario percibido a la donación san-

guínea, sobre el trato recibido por el personal de la Unidad Móvil, sobre la motivación para donar, y la eficacia percibida de nuestra intervención. Asimismo, se controló el número de personas que habían acudido a donar pero habían sido rechazadas por algún motivo. Este cuestionario sigue siendo la base de los cuestionarios que se aplican actualmente.

3.3. Resultados

Los resultados de los dos primeros cursos fueron espectaculares. En el primero hubo casi un 65 por ciento más de donaciones que en las mismas fechas del año anterior, y en el segundo un 40 por ciento. En este último caso se llegó a cubrir el límite máximo de donaciones posibles. Hubo personas que no pudieron donar por falta de capacidad de la Unidad Móvil. Cuando ésta abandonó el campus, todavía había estudiantes esperando su turno. Muchos de ellos donaron los días posteriores cuando la Unidad Móvil se desplazó a las Facultades cercanas. Este hecho se ha repetido posteriormente en varias ocasiones y ha provocado que el Centro de Transfusiones aumentase hasta tres el número de días en los que la Unidad Móvil se desplaza a la Facultad de Psicología.

Pero tan relevantes como estas cifras son los cambios organizacionales que esta intervención inicial produjo. Actualmente el Centro de Transfusiones de la Comunidad de Madrid se dirige con antelación suficiente a los Decanatos y a las Gerencias de todas las Facultades y Escuelas Universitarias que visita y solicita que se reserve el espacio de aparcamiento y la autorización para difundir la campaña. Esta actuación se ha generalizado a todas las universidades de Madrid y en estos momentos funciona de manera independiente de la intervención del equipo de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense. Esto se acerca bastante al ideal de la intervención comunitaria: aquella que, tras demostrar su eficacia, se incorpora a la propia comunidad y es mantenida con sus propios recursos sin precisar ayuda externa a la misma.

4. CONSOLIDACIÓN DE LA INTERVENCIÓN: PRINCIPALES INNOVACIONES

Trascurridos 18 años desde las primeras intervenciones, el programa sigue llevándose a cabo año tras año manteniendo en común la ubicación de la unidad móvil, los carteles informales y la aplicación de los cuestionarios a los donantes. Sin embargo, cada año los estudiantes han ido introduciendo novedades. Algunas de estas nuevas actuaciones se han consolidado y otras se han aplicado sólo algunos años. A continuación describiremos algunas de ellas:

Tácticas dirigidas a incrementar la implicación del profesorado y disminuir las posibles barreras a la intervención

Para aumentar la sensación de que la donación de sangre era algo valorado por la comunidad universitaria en su conjunto, y no sólo por los estudiantes, se decidió implicar a los profesores informándoles directamente de la campaña y del programa de intervención que se estaba llevando a cabo. De esta forma, además, se procuraba vencer cualquier posible resistencia organizacional hacia la misma por las molestias que les podía suponer la intervención (interrupción de las clases, etc.). Para ello se introdujeron dos medidas:

- Se solicitó al Decano/a de la Facultad que enviase un e-mail a todos los profesores informándoles de los días en los que se iba a realizar la campaña de donación, y pidiendo su colaboración recordándole a sus alumnos la importancia de donar esos días.

- Los alumnos que realizaban las prácticas enviaron una carta en el mismo sentido a los profesores, explicándoles la intervención y solicitándoles su permiso para poder dirigirse a la clase durante unos minutos.

Estas dos estrategias han acabado formando parte de la «teoría del programa» en los términos definidos en el Capítulo 8: se han convertido en componentes indispensables para mantener la identidad y la eficacia del programa.

Tácticas dirigidas a aumentar el nivel de información del alumnado

En primer lugar, para asegurarse de que todos los alumnos tenían información suficiente, se decidió que se informase en todos los grupos de clase. Según los años, esto se consigue de dos maneras: *a)* los alumnos de prácticas se encargan de elaborar una breve intervención (no más de cinco minutos) sobre la importancia de la donación y la necesidad de sangre, y ellos mismos se distribuyen todas las aulas para transmitir la información con la autorización del profesor correspondiente, y *b)* se contacta con los delegados de clase para que sean estos los que transmitan la información a sus compañeros. En la actualidad, cada año el grupo de alumnos colaborador opta por una de las dos alternativas.

Técnicas de influencia social

En los últimos cursos se han introducido en el programa algunas técnicas de influencia social, como la técnica del pie en la puerta, y la técnica de la lista. La primera se aplica pidiendo inicialmente a los alumnos que ayuden a poner un cartel promoviendo la donación para pedirles inmediatamente después que donen sangre. La técnica de la lista se basa en el principio de coherencia según la conocida clasificación de Cialdini (1994). Una vez que una persona ha iniciado un curso de acción prefiere realizar acciones congruentes con dicha acción. Para aplicar esta técnica, los alumnos responsables del programa iban a las clases, a la Biblioteca, a la Cafetería, etc. de la Facultad una semana antes del día de la donación informando de la campaña a los demás alumnos y preguntándoles directamente al final si tenían intención de donar. Si la contestación era afirmativa, se les apuntaba en una lista y se les pedía que firmasen argumentando que así se podía planificar mejor la campaña. De esta forma se aumentaba el compromiso inicial con la donación.

En ocasiones, aunque no fuera la intención inicial del grupo colaborador, se ponían en marcha procesos de influencia social espontáneos que inducían a la donación. Un grupo que intervino en otoño de 2003 relató que cuando se dirigían a informar y sensibilizar a pequeños grupos de alumnos surgían líderes grupales que apoyaban la petición dirigiéndose a los más dubitativos del grupo con expresiones del tipo: *Venga tío no te rajés, no tienes nada que perder. O No seas cobarde*. Al final, tras generarse un proceso de conformidad social, acudían a donar la inmensa mayoría o la totalidad de los miembros del grupo.

Carteles y otras estrategias publicitarias innovadoras

Sin duda el aspecto donde los alumnos en prácticas han desplegado de manera especial su creatividad ha sido en el diseño de carteles innovadores que no pasaran desapercibidos, que llamaran la atención de sus compañeros, les informasen de la campaña y promoviesen la donación. Las estrategias publicitarias desarrolladas por los distintos grupos de alumnos durante estos años pueden agruparse en tres categorías.

1. Estrategias llamativas dirigidas principalmente a aumentar la visibilidad de los anuncios. Para elegir el lugar de colocación de los carteles se utilizan, en general, tres criterios:

- Visibilidad: puertas de los ascensores, puertas de clase, descansillos de las escaleras.
- Áreas de mayor actividad y tránsito de personas: hall principal, reprografía, cafetería, parada de los autobuses...
- Factor sorpresa: en el suelo o colgando del techo.

En la mayoría de las ocasiones, los carteles lograban captar la atención de los alumnos por su gran tamaño o por la ubicación estratégica de los mismos. En otras ocasiones los alumnos en prácticas emplearon estrategias más originales y complejas, como colocar pegatinas recordando la donación a las personas que atienden a los estudiantes habitualmente: camarero, personal de la librería, etc., colocar tiras de papel rojo colgando del techo en las escaleras de forma que los alumnos casi tuvieran que agacharse al subir o bajar, etc. Pero la estrategia más espectacular, y probablemente más efectiva, fue sin duda la ideada por el grupo que diseñó la intervención en la primavera de 2003¹: *Camino a la Donación*. Se colocaron en el suelo sesenta recortes de cartulina roja simulando gotas de sangre que conformaban un camino y que contenían diferentes mensajes en su interior. Este *camino* se iniciaba en cada una de las puertas laterales del pabellón central (las más cercanas a los pabellones laterales I y II donde los alumnos reciben las clases) y se dirigía a la salida principal donde estaba la Unidad Móvil. En cada gota había un mensaje inspirado en una campaña publicitaria de una compañía de refrescos, de gran impacto en esas fechas, referido a la importancia de la donación de sangre: *Por ti, por Juan, por un transplante, porque sí, ...* El Camino terminaba junto a la Unidad Móvil con otro gran cartel situado también en el suelo: *Dona: Tú puedes ayudar*.



¹ Tania Cantón, Ana Carretero, Maylis Castillo, Silvia Hernández, Aránzazu Indurria y Mercedes Izquierdo.

En otras ocasiones se han colocado globos rojos en cuyo interior había caramelos del Centro de Transfusiones en los asientos disponibles en los pabellones con el eslogan *Pínchame* (véase fotografía).

2. Estrategias publicitarias. En una ocasión, se empleó la Técnica de la Cuenta Atrás para generar expectación entre el alumnado. Una semana antes de la visita de la Unidad Móvil se colocaron tres carteles, uno en cada uno de los exteriores de los tres pabellones, con el mensaje *Faltan 7 días*. El cartel con el número de días se sustituía cada mañana indicando los días que faltaban: 6, 5, 4... El día del comienzo de la campaña, estos carteles fueron sustituidos por otros con el mensaje: *¡Ya están aquí! Dona Sangre*.

Un recurso publicitario muy empleado para atraer la atención de los alumnos hacia los carteles es el empleo del humor, y en concreto la inclusión de dibujos o fotografías de vampiros y vampirasas junto con expresiones como: *¡Dona tu sangre o te la chupo!*, o *Dame tu sangre. Ven a donarla*.

Uno de los grupos de prácticas diseñó un cartel partiendo de la foto de un astronauta en un paseo fuera de la nave, con la luna al fondo, a quien se le había puesto en la mano un cartel con la leyenda: *Dona Sangre*. En la parte inferior podía leerle: *Un pequeño paso tuyo es un gran paso para la humanidad*, parafraseando la frase de Armstrong cuando pisó la Luna por primera vez.

3. Estrategias que utilizan técnicas psicológicas para incrementar la donación. En la campaña de otoño de 2003 se entregaron folletos en mano en la cafetería de la Facultad con el siguiente contenido:

«*SE BUSCA: hombre o mujer, entre 18 y 65 años, que pese más de 50 Kilos....*»

Se entregaban individualmente a cada persona, y se les preguntaba si querían hacerse donantes. Esta oportunidad servía para aclarar dudas sobre la donación y reducir temores como: ¿puedo donar si me operaron hace 15 meses?, o ¿puedo donar si voy a beber alcohol esta noche? El contenido de los folletos concentra la responsabilidad en el receptor.

Han sido habituales contenidos del tipo *Tú puedes ayudar*, que emplean también la focalización de la responsabilidad y la activación de las normas personales. En otras ocasiones el mensaje de los carteles fomentaba la comparación social, indicando los datos de donación de los años anteriores o de otros centros universitarios, e instando a superarlos.

5. EVALUACIÓN

En la Tabla 12.1 pueden observarse los datos correspondientes a las campañas de donación desde 1997 a 2006 en la Facultad de Psicología, incluyendo el número de personas que se presentaron a donar, el número de donaciones efectivas, el número de personas rechazadas, el número de personas que donaban por primera vez, y a partir de 2002 el número de días en los que se desplazó la Unidad Móvil².

Como se ha mencionado anteriormente, hasta el curso 2003-2004, por ser la asignatura de Psicología Comunitaria anual, se recogía la medida «pre» en otoño, y se intervenía en primavera del año siguiente. Aunque se parte de cifras de donación elevadas, puede observarse que en todos los cursos, excepto el 200-2001, se produce un incremento notable de donaciones cuando la intervención se realiza en primavera, en comparación con la no intervención (otoño), cifrándose este incremento entre un 23 por ciento y un 37 por ciento o incluso un 48 por ciento (Tabla 12.2).

² El Centro de Transfusiones de la Comunidad de Madrid no ha podido aportarnos cifras de años anteriores, y los datos recogidos en las memorias de los alumnos de prácticas de estos años eran insuficientes.

TABLA 12.1. DONACIONES FACULTAD DE PSICOLOGÍA 1997/2006

	DÍAS	PRESENTADOS	DONANTES	RECHAZADOS	NUEVOS
OTOÑO 1997		129	109	20	
PRIMAVERA 1998		156	139	17	
OTOÑO 1998		94	70	23	
PRIMAVERA 1999		120	104	16	
OTOÑO 1999		102	89	13	
PRIMAVERA 2000		134	110	24	
OTOÑO 2000		135	121	14	
PRIMAVERA 2001		142	114	28	
OTOÑO 2001		131	109	22	
PRIMAVERA 2002	2	172	139	33	43
OTOÑO 2002	2	151	118	33	38
PRIMAVERA 2003	2	191	162	29	71
CAMBIO DE PLAN DE ESTUDIOS					
OTOÑO 2003	3	217	188	29	68
PRIMAVERA 2004	3	182	164	18	65
OTOÑO 2004	2	157	133	24	39
PRIMAVERA 2005	3	131	112	19	30
OTOÑO 2005	2	157	131	26	78
PRIMAVERA 2006	2	70	58	22	12
ACUMULADO	21	1.418	1.205	233	441

TABLA 12.2. INCREMENTO EN DONACIONES PRIMAVERA-OTOÑO 1997-2003

CURSO	INCREMENTO PORCENTUAL
1997-1998	27 %
1998-1999	48 %
1999-2000	23 %
2000-2001	- 6 %
2001-2002	27 %
2002-2003	37 %

A partir del curso 2003-2004 en el que la asignatura pasa a ser cuatrimestral, la intervención principal en la que se basaban las prácticas de los alumnos tiene lugar en otoño. Formalmente no se realizaban intervenciones en primavera, aunque en algunos años, debido a la alta implicación alcanzada por los estudiantes de los grupos de prácticas, éstos colaboraban también en primavera de forma absolutamente voluntaria y sin ninguna implicación académica (al margen de las prácticas de la asignatura de Psicología Comunitaria). Entonces, la relación se invierte y el número de donaciones es mayor en las campañas de otoño, cuando se interviene, que en las de primavera: 24 (15 por ciento) en el curso 2003-2004 y 21 (19 por ciento) en el 2004-2005. Pero el caso más llamativo se produjo en el curso 2005-2006: las donaciones pasaron de 131 en otoño a tan sólo 58 en primavera,

un descenso del 56 por ciento. Esto sin duda se debió a que en este último año los alumnos no colaboraron en la campaña de primavera.

Como segunda forma de comprobar la eficacia de la intervención comunitaria, comparamos las donaciones obtenidas en la Facultad de Psicología con las recogidas en los otros tres centros sitos en el Campus de Somosaguas (Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales y Escuela de Trabajo Social) en las mismas fechas (tabla 12.3). En dicha tabla, cada uno de esos Centros ha sido identificado con un número.

TABLA 12.3. NÚMERO DE DONACIONES EN LOS CUATRO CENTROS DEL CAMPUS DE SOMOSAGUAS 2002-2006 Y PORCENTAJE CORRESPONDIENTE A LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

	PR. 02	OT 02	PR. 03	OT. 03	PR. 04	OT. 04	PR. 05	OT. 05	PR. 06
PSICO	139	118	162	188	164	133	112	131	58
C- 1	36	38	19	72	37	50	33	45	69
C- 2	74	97	46	43	138	46	20	22	4
C- 3	144	71	80	59	68	90	67	66	91
% psic	35 %	36 %	53 %	52 %	40 %	42 %	48 %	49 %	26 %

Como puede comprobarse, la Facultad de Psicología es el centro en el que más se ha donado en todas las ocasiones, con porcentajes de donaciones sobre el total que se encuentran entre el 35 por ciento y el 53 por ciento, exceptuando la campaña de primavera de 2006 en la que no hubo ningún tipo de intervención. En este caso, el porcentaje de donaciones en Psicología sobre el total descendió hasta el 26 por ciento.

Adicionalmente, para evaluar la efectividad de la intervención y comprobar que efectivamente las actuaciones incrementaban el número de donaciones, en noviembre de 2003 se decidió ponerla en marcha en la Escuela Universitaria de Trabajo Social, centro ubicado a unos 200 metros de la Facultad de Psicología, y donde nunca se había intervenido. En este caso la intervención tuvo dos ingredientes principales:

- Contacto con el Director de la Escuela Universitaria de Trabajo Social para informarle de la intervención y solicitarle los permisos correspondientes.
- Realizar folletos y carteles informativos en los que figuraban el día y la hora de la visita de la Unidad Móvil y la información necesaria para la donación.

Los carteles eran DIN-A4 blancos y rojos con letras y dibujos de gotas de sangre animadas, con caras sonrientes, en los que se podían leer esloganes como:

- «*Danos una gota de tu tiempo. Valdrá la pena.*».
- «*¿A qué esperas? Tu donación nos hace falta.*».
- «*Dona sangre, estarás donando vida.*».
- «*Tómate en serio su sonrisa. Dona sangre.*».
- Gran pancarta informativa colocada en los aparcamientos de la Escuela realizada en una tela blanca de 3 × 1,50 metros con la leyenda «*LUNES 10 DONA.*».
- Envío de e-mails informativos a todos los profesores que impartían clase el día de la donación.
- Letras adhesivas rojas de 20 × 15 centímetros formando la palabra *DONA*, que se colocó en la puerta principal del edificio.

- Recorrido de cartulinas rojas en el suelo:
 - El recorrido empezaba con una pancarta de papel de embalar colgada del techo del hall principal de la Escuela con la leyenda «*Te vamos a dejar sin excusas*».
 - A continuación, pegados en el suelo y hasta la puerta de entrada donde estaba la Unidad Móvil, se colocaron 9 pares de cartulinas de colores en las que aparecían escritas las excusas más habituales para no donar sangre y su contrargumento correspondiente, por ejemplo «*No gano nada donando sangre*» → «*Una donación salva tres vidas*».
- Peticiones directas cara a cara. Los miembros del equipo, vestidos con unas camisetas identificativas, se dirigían a los lugares donde se concentraban más alumnos (Cafetería, salidas de clase, mesas de estudio en grupo) e informaban de la campaña y les pedían a los alumnos directamente que donaran.

Cuando se comparan los datos de la campaña de 2003 en la Escuela de Trabajo Social con los obtenidos en la campaña realizada en las mismas fechas de 2002 se hace evidente la eficacia de la intervención (Tabla 12.4).

TABLA 12.4. COMPARACIÓN DEL NÚMERO DE DONACIONES EN LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL ENTRE LAS CAMPAÑAS DE OTOÑOS DEL 2002 Y EL 2003

	DÍAS	PRESENTADOS	DONACIONES	RECHAZADOS
2002	1	53	38	15
2003	1	119	72	40

Aunque se partía de un número de donaciones bajo (38), con la intervención casi se llegó a duplicar esta cifra, y superó la media de donaciones por día obtenida en esas mismas fechas en la Facultad de Psicología (72 frente a 63).

Otro aspecto importante del programa de intervención es su eficiencia. El gasto en material necesario para realizar las actuaciones en la Escuela de Trabajo Social no alcanzó los 60 euros, al que habría que añadir el trabajo de seis personas durante aproximadamente tres días.

6. EFECTIVIDAD DE LOS DISTINTOS MEDIOS

Cuando en la campaña de otoño de 2004 se le preguntó a los estudiantes que se presentaban a donar cómo se habían enterado de la visita de la Unidad Móvil, la inmensa mayoría señala los carteles (184 sobre 339 respuestas, 54 por ciento), seguido de la propia Unidad Móvil (72,21 por ciento), lo que pone de manifiesto la importancia de la ubicación de la misma. La mediación de otras personas (38,11 por ciento) aparecía en tercer lugar. En una encuesta llevada a cabo en primavera de 2003 los resultados fueron muy similares: el 74,5 por ciento afirmaban haberse enterado de la campaña por los carteles, el 9,6 por ciento por el correo que se le envía a los donantes habituales, un 6,9 por ciento por otras personas, y un 6,4 por ciento por la Unidad Móvil. Este mismo patrón se observa en la intervención llevada a cabo en la Escuela de Trabajo Social, donde el 62,2 por ciento afirmó haberse enterado por los carteles, y el 16,8 por ciento por la Unidad Móvil.

Los propios alumnos señalaban en sus memorias de prácticas algunos aspectos mejorables. Entre ellos destaca la baja implicación del profesorado; apenas acudían a donar uno o dos profesores, y en ocasiones ninguno.

Una de las críticas más frecuentes de los alumnos encargados de la intervención se refiere a los horarios del personal de la Unidad Móvil. Como se ha dicho anteriormente, la Unidad Móvil debe recoger primero al personal

en el centro sanitario, y luego se desplaza a las facultades, lo que provoca que con frecuencia las donaciones no puedan empezar hasta las 10 h o 10.30 h. Pero la queja mayor no se refiere tanto a la extensión de los horarios, sino a la inflexibilidad de los mismos. En una ocasión en la que hubo problemas de tráfico, la Unidad Móvil no llegó hasta las 11 h. Como era la hora de la pausa habitual y reglamentada de 20 minutos, los trabajadores se fueron a desayunar. Este hecho influyó sin duda muy negativamente en la motivación tanto de los colaboradores de la intervención como de los estudiantes que a esa hora estaban dispuestos a donar. Con una organización diferente de los recursos humanos este problema sería fácil de resolver.

Un aspecto más complejo y de difícil solución se refiere a la rigidez del horario de finalización. Sólo se admiten donantes hasta media hora del fin del horario laboral, tanto a medio día (13.30 h) como al terminar la jornada (19.30 h), con independencia de que sigan llegando más personas dispuestas a donar. Esto supone un doble problema. Por un lado las clases suelen terminar a las 14.00 y a las 20.00 h, con lo que se pierden los estudiantes que pensaban donar al finalizar sus clases. Por otro, las personas dispuestas a donar, y que no pueden hacerlo por una cuestión administrativa, pueden quedarse con una sensación negativa que hace más difícil motivarles en ocasiones posteriores.

7. CONCLUSIONES

El programa para incrementar las donaciones de sangre que hemos descrito nos permite extraer algunas conclusiones sobre la intervención comunitaria.

En primer lugar, pone de manifiesto las diferencias entre investigación e intervención. En este caso el programa tiene múltiples componentes; no sabemos cuál de ellos es el más efectivo, pero en muchas ocasiones, sobre todo cuando el programa no es muy costoso, eso no es lo más importante. Lo más importante es que el programa funcione en conjunto, y que realmente produzca una mejora.

Un segundo aspecto se refiere a la conveniencia de evaluar los programas comunitarios con largas series temporales y análisis longitudinales. Cualquier análisis transversal de uno o dos años no nos hubiera conducido a ninguna conclusión válida sobre la eficacia del programa, debido a la gran cantidad de factores que inciden en la donación (comenzando por la climatología: un día lluvioso puede arruinar cualquier programa de este tipo); pero analizando los datos de largas series temporales la efectividad del programa se hace patente.

La tercera conclusión es una invitación al optimismo. Aplicando principios muy básicos de la Psicología social a la intervención, y combinando diferentes estrategias pueden obtenerse resultados visibles que inciden en el bienestar de los ciudadanos. Estas intervenciones no tienen porqué ser especialmente costosas, ni robar excesivo tiempo. Uno de los aspectos que más valoran los alumnos que realizan estas prácticas es precisamente que el programa les ha permitido poner a prueba sus conocimientos, y comprobar que son eficaces.

Por último, ni este programa, ni ningún otro verdaderamente comunitario, habría tenido éxito al margen de la participación. La participación es el ingrediente esencial de los programas comunitarios de intervención social. Cabe holgadamente la posibilidad de que si este mismo programa hubiera sido diseñado y llevado a cabo por personas ajenas a la Facultad, los resultados no habrían sido los mismos. Los protagonistas han sido los propios alumnos, miembros de la comunidad universitaria, que tenían un profundo conocimiento del contexto de intervención, y de lo que podía ser aceptable por sus compañeros, así como de aquello que les motivaría más, y lo que es más importante, con su implicación involucran a otros compañeros, extendiendo el impacto del programa. Los nuevos alumnos de la asignatura de Psicología Comunitaria solicitan realizar esta práctica porque la conocen de años anteriores, les gusta y desean continuarla. En ese sentido, puede decirse que el programa forma parte de la vida de la Facultad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Armitage, C. J. (2003a). Beyond attitudinal ambivalence: Effects of belief homogeneity on attitude-intention-behaviour relations. *European Journal of Social Psychology*, 33, 551-563.
- Armitage, C. J. (2003b). The relationship between multidimensional health locus of control and perceived behavioural control: How are distal perceptions of control related to proximal perceptions of control? *Psychology & Health*, 18, 723-738.
- Armitage, C. J. y Conner, M. (2001). Social cognitive determinants of blood donation. *Journal of Applied Social Psychology*, 31, 1431-1457.
- Barriga, S. (1987). La intervención psicosocial: introducción teórica. En S. Barriga, J. M. León y M. F. Martínez (Eds.), *Intervención Psicosocial* (p. 11-57). Barcelona: Hora.
- Burnkrant, R. E. y Page, T. J. (1982). An examination of the convergent, discriminant, and predictive validity of Fishbein's behavioral intention model. *Journal of Marketing Research*, 19, 550-561.
- Cialdini, R. B. (1994). Interpersonal Influence. En S. Shavitt y T.C. Brocas (Eds.), *Persuasión* (185-218). Boston: Allyn & Bacon.
- Cialdini, R. B. y Ascani, K. (1976). Test of a concession procedure for inducing verbal, behavioral and further compliance with a request for giving blood. *Journal of Applied Psychology*, 61, 295-300.
- Chacón, F. (1985). *Altruismo y Conducta de Ayuda: Una taxonomía de episodios sociales*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Chacón, F., González, F. y Lozano, P. (1987). Psicología de la Donación: En enfoque comunitario. En S. Barriga, J. M. León y M. F. Martínez (Eds.), *Intervención Psicosocial* (pp. 117-165). Barcelona: Hora.
- Ferguson, E. (2004). Conscientiousness, emotional stability, perceived control and the frequency, recency, rate and years of blood donor behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 9, 293-314.
- Ferguson, E. y Bibby, P. A. (2002). Predicting future blood donor returns: Past behavior, intentions, and observer effects. *Health Psychology*, 21, 513-518.
- Ferrari, J. R., Barone, R. C., Jason, L. A. y Rose, T. (1985). The use of incentives to increase blood donations. *Journal of Social Psychology*, 125, 791-793.
- Foss, R. D. (1983). Community norms and blood donation. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 281-290.
- Foss, R. D. y Dempsey, C. B. (1979). Blood donation and the foot-in-the-door technique: A limiting case. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 580-590.
- Giles, M., McClenahan, C., Cairns, E. y Mallet, J. (2004). An application of the theory of planned behaviour to blood donation: The importance of self-efficacy. *Health Education Research*, 19, 380-391.
- Grace, H. A. (1957). Blood donor recruitment: A study in the psychology of communication. *Journal of Social Psychology*, 46, 269-276.
- Hall, M. M. (1996). Elaboration likelihood model in a field setting: The effect of individual factors on blood donating. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57, 1501.
- Hayes, T. J. (1983). Comparing the foot-in-the-door and the door-in-the-face techniques of behavioral influence: A blood donor recruitment experiment. *Dissertation Abstracts International*, 43, 2773-2774.
- Jason, L., Rose, T., Ferrari, J. R. y Barone, R. (1984). Personal versus impersonal methods for recruiting blood donations. *Journal of Social Psychology*, 23, 139-140.
- Lozano, M. P., Barron, A. y Chacón, F. (1990). Una intervención comunitaria para incrementar el número de donaciones de sangre voluntarias en la facultad de psicología de la U.C.M. (Campus de Somosaguas). En J. Rodríguez Marín (Comp.): *Aspectos Psicosociales de la Salud y de la Comunidad* (p. 209-212) Barcelona: PPU.
- Paulhus, D. L., Shaffer, D. R. y Downing, L. L. (1977). Effects of making blood donor motives salient upon donor retention: A field experiment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 3, 99-102.

- Piliavin, J. A. y Callero, P. L. (1991). *Giving blood: The development of an altruistic identity*. Baltimore, MD, US: Johns Hopkins University Press.
- Piliavin, J. A. y Libby, D. (1985-1986). Personal norms, perceived social norms, and blood donation. *Humboldt Journal of Social Relations. Special Issue: Altruism and prosocial behavior*, 13, 159-194.
- Reingen, P. H. (1982). Test of a list procedure for inducing compliance with a request to donate money. *Journal of Applied Psychology*, 67, 110-118.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Pierce, G. R. y Shearin, E. N. (1991). A social learning approach to increasing blood donations. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 896-918.
- Smithson, M., Pearce, P. y Amato, P.R. (1983). *Dimensions of helping behavior*. Oxford: Pergamon Press.
- Warshaw, P. R., Calantone, R. y Joyce, M. (1986). A field application of the Fishbein and Ajzen intention model. *Journal of Social Psychology*, 126, 135-136.
- Weinman, E. A. (2003). The effects of empathic disposition, mental health, and personality style on intention to be a blood donor. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64, 2946.
- Zuckerman, M., Siegelbaum, H. y Williams, R. (1977). Predicting helping behavior: Willingness and ascription of responsibility. *Journal of Applied Social Psychology*, 7, 295-299.

Implementación de un programa de prevención de drogas

José A. García del Castillo, Carmen López,
Jesús Rodríguez-Marín, Isabel Cañadas,
José J. Mira



COMPENDIO DEL CAPÍTULO

El consumo de sustancias adictivas constituye uno de los problemas sociales más preocupantes en el mundo actual. Preocupa, y mucho, que los jóvenes asocien sistemáticamente «diversión» con consumo de alguna sustancia, «noche» con consumo «ocio» con consumo, estableciendo pautas de conducta insanas. Por ello se ha seleccionado a escolares de entre 11-14 años para participar en un programa de prevención de drogas. En este capítulo, intentamos ofrecer algunas indicaciones respecto a las posibilidades que se abren desde la Psicología para intervenir en este campo. Lo hacemos desde el siguiente esquema:

1. Bases relevantes para el estudio de las drogodependencias
 2. Modelos y teorías en las que se sustenta el estudio de las drogodependencias
 3. Factores psicosociales de riesgo que intervienen en el inicio al consumo de drogas: conformidad, presión de grupos, identidad
 4. Ámbitos de intervención
 5. Desarrollo del diseño de intervención
 6. Conclusiones de la intervención
-

1. BASES RELEVANTES PARA EL ESTUDIO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Si hay una característica clara en el estudio de las drogodependencias, ésta es sin duda la ausencia de un cuerpo teórico propio que defina sus líneas de intervención, prevención y reinserción. A falta de ello necesita apoyarse en una amplia gama de disciplinas que son las responsables del «buen hacer» de los profesionales que intervienen en todo el proceso y donde la Psicología social cubre un papel preponderante e irremplazable. Tal y como afirma Mayor (1998) la drogodependencia tiene como teoría o modelo aquella que se apoya en lo multidimensional, multideterminado y sistémico, y la categoriza como una conducta desviada, cambiante e interactiva. Desde este punto de vista, podemos insertar las drogodependencias dentro de un marco de enfermedad dinámica producto del estilo de vida de la persona, concepción que se aleja de las clásicas categorizaciones que ven en el drogodependiente a un «vicioso» y/o a un «delincuente», que dieron pie al estudio pormenorizado de este tipo de enfermedad.

Cuando el sujeto tiene conocimiento e información objetiva de los riesgos que le puede provocar el consumo de sustancias y mantiene esa conducta, muchas veces justificada porque la entiende como «socialmente aceptable» (consumo de alcohol, medicamentos sin prescripción médica), sustituimos la noción de «conducta desviada» por «desviación de la conducta de salud». Hablamos también en estos términos cuando la persona consume porque le resulta altamente gratificante (reforzadores positivos directos y/o indirectos), o porque evita los efectos desagradables que le provoca no consumir la/s sustancia/s (aun sin haber llegado a un grado de síndrome de abstinencia). La desviación de la conducta de salud nos puede ser muy útil en el campo de la prevención de las drogodependencias dado que puede incluir el estudio de los primeros consumos (pruebas experimentales) las frecuencias bajas e incluso el consumo habitual que no cursa con enfermedad pero sí con dependencia.

En esta línea, según García-Rodríguez (1997), lo que realmente importa y preocupa en prevención de drogas entre los más jóvenes no es la sustancia que ingieran, sino que los jóvenes sigan asociando «diversión» con consumo de alguna sustancia, «noche» con consumo, «ocio» con consumo y así sucesivamente, estableciendo como normativo lo que, en principio, se desvía del comportamiento de salud y se encuadra en un comportamiento de consumo.

Para el estudio de la prevención del consumo de drogas resulta preceptivo el entendimiento de la etiología del abuso de sustancias incluyendo los modelos, las teorías explicativas y el ámbito de intervención.

2. MODELOS Y TEORÍAS SOBRE LAS QUE SE SUSTENTA EL ESTUDIO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

2.1. El modelo de Brickman

La búsqueda de una explicación del comportamiento de adicción ha provocado el surgimiento de diferentes puntos de vista que intentan dar una explicación sobre la naturaleza del problema, su mantenimiento y su posible modificación (Peele, 1980; Shaffer y Burglass, 1981). Pero han sido Brickman et al. (1982) quienes se han encargado de proponer un modelo que ayuda al esclarecimiento de las distintas posiciones teóricas ayudándose de un análisis que se fundamenta en dos cuestiones básicas: ¿consideramos a la persona responsable última de su proceso de adicción desde su inicio?; ¿hasta qué punto es responsable la persona del proceso de cambio de comportamiento o de conseguir solucionar el problema de adicción?

Los modelos resultantes de este planteamiento quedan recogidos en la Figura 13.1.

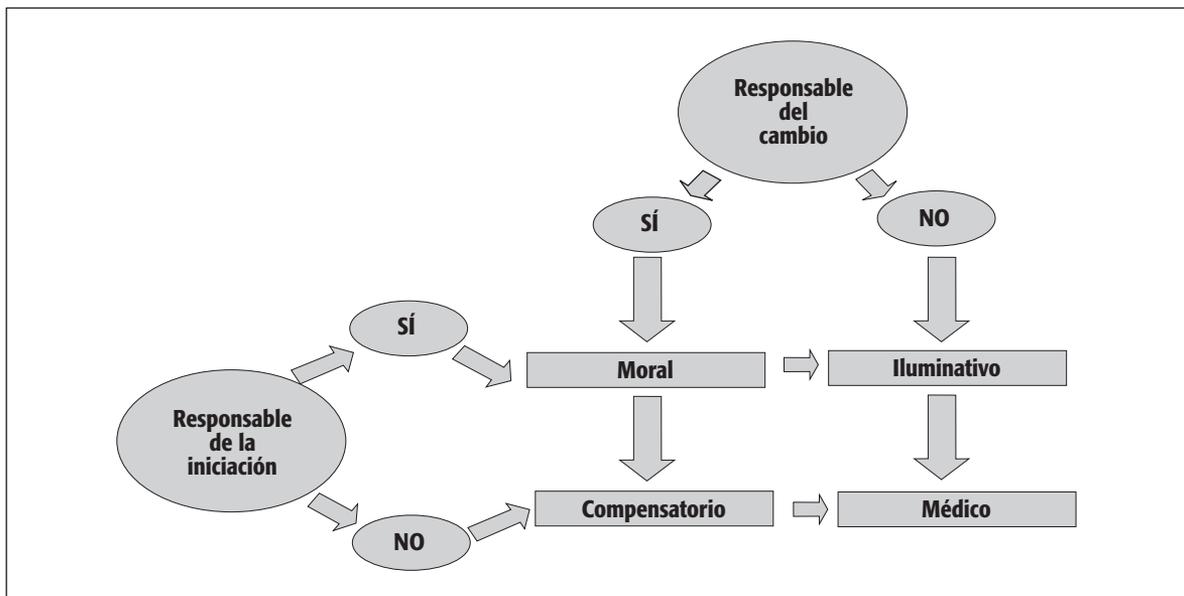
Modelo moral. Se considera a la persona única responsable del inicio y desarrollo de la adicción, y por tanto responsable de solucionar el problema que se ha generado. Este modelo es poco relevante en la literatura, quizás por considerar que la persona adicta es de un carácter débil, con poca fuerza de voluntad, por lo que se les estimula a que puedan ejercitar su voluntad para poder solucionar el problema.

Modelo cultural (de la ilustración) o iluminativo. Para este modelo también es la persona la única responsable de su iniciación y desarrollo en el proceso de adicción, pero con el agravante de que no es capaz de poder superar el problema si no cuenta con la ayuda de un «poder superior». La persona debe recibir la iluminación de su problema (descubrir cuál es su naturaleza) y ser ayudada por ese poder superior o entidad de tipo colectivo, que puede ser traducido en lo que conocemos como «grupo de autoayuda».

Modelo médico. El modelo médico defiende que el individuo no es el responsable del origen ni de la solución del problema de drogodependencia. Esta es entendida solamente como síntoma de una enfermedad cuya solución pasa necesariamente por la ayuda de un profesional cualificado.

Modelo compensatorio. Este modelo tampoco considera a la persona responsable del inicio y desarrollo de la drogodependencia, pero sí de su solución. El modelo compensatorio considera que la etiología de la adicción radica en factores biológicos y de aprendizaje que son ajenos al control de la persona en su iniciación y desarrollo, pero el diseño tiene que adoptar un papel activo en su recuperación.

FIGURA 13.1. MODELOS DE DROGODEPENDENCIAS (Brickman *et al.*, 1982, y Marlatt *et al.*, 1988)



A la propuesta de Brickman *et al.*, (1982), apoyada por Marlatt *et al.*, (1988), Juan Mayor (1998) introduce un matiz: los modelos propuestos son demasiado reduccionistas por incluir únicamente respuestas dicotómicas que admitirían solamente una explicación unicausal del problema. Por ello introduce una tercera alternativa de respuesta que recoge la posibilidad de que la persona pueda ser parcialmente responsable tanto de la iniciación como de la posible solución de su problema; existen otros factores externos a ella que es necesario tomar en consideración.

Posiblemente sea desde las teorías psicológicas desde donde se pueda intentar dar explicación al proceso de iniciación que no contempla el modelo compensatorio. Por ello podemos alternar este modelo con la conjunción

de teorías psicológicas capaces de explicar el comportamiento de consumo desde sus inicios, y posteriormente la conducta de solución del mismo. Han de sumarse también lo que posteriormente describiremos como factores de riesgo que van asociados a estos comportamientos.

2.2. Teorías justificativas desde la Psicología del Aprendizaje

Las teorías del aprendizaje permiten abordar el problema de las drogodependencias desde su origen, apoyar cómo se mantienen y fundamentar cómo se solucionan a partir del repertorio de comportamientos aprendidos basándonos en los estudios realizados sobre comportamiento animal y humano desde el condicionamiento clásico, el operante y el aprendizaje social. Desde la perspectiva clásica, las respuestas aprendidas son de naturaleza bidireccional, y desde el paradigma operante se demuestra que la persona drogodependiente va aprendiendo distintas pautas de comportamiento complejas que siguen los principios del condicionamiento instrumental y que están presentes a lo largo del proceso de adicción, incluso en la búsqueda de la/s sustancia/s y/o la administración de la misma/s. El aprendizaje social muestra la posibilidad de aprender desde el comportamiento ajeno, utilizando reforzadores observados para reproducir comportamientos futuros.

2.2.1. Condicionamiento Clásico

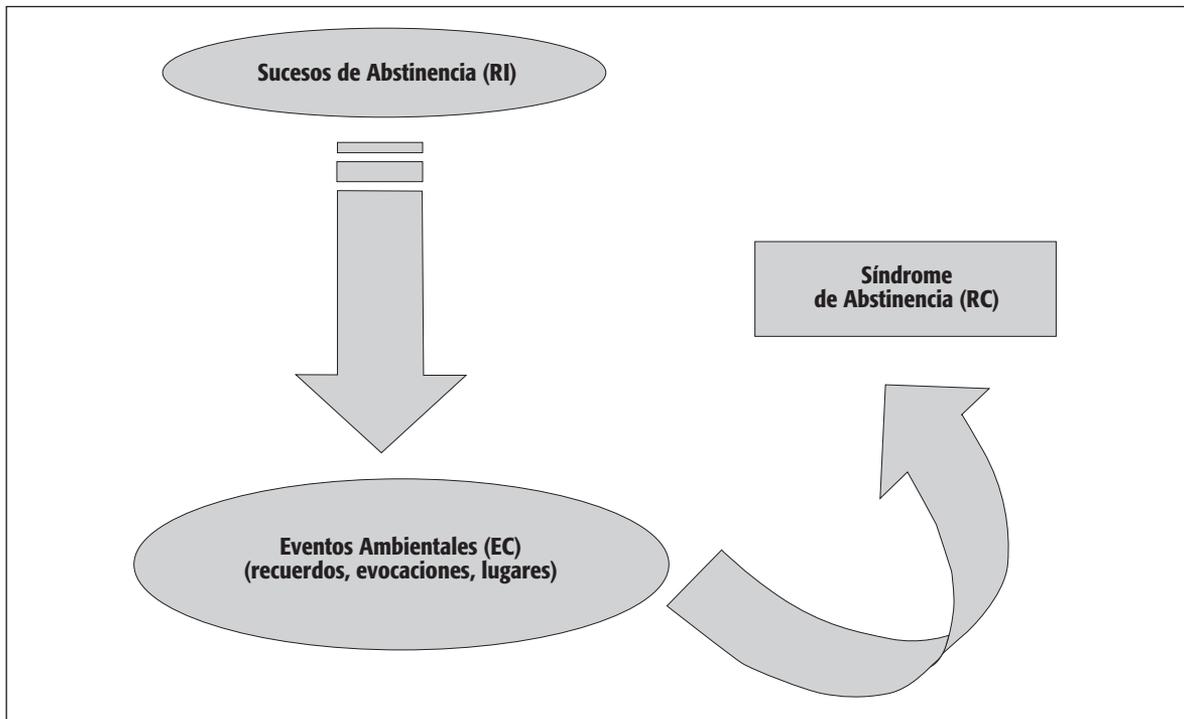
Nos tenemos que remontar al año 1965 para encontrar una investigación que conecte el condicionamiento clásico y el consumo de drogas, aunque el propio Pavlov (1927) ya apuntaba la posibilidad de que la ingestión de una droga podía constituir un ensayo de condicionamiento clásico. Partiendo de observaciones anteriores, Wikler (1965) comprobó que aquellas personas que habían sido adictas a los opiáceos, tras varios meses sin consumir mostraban un síndrome de abstinencia cuando se encontraban en sesiones de terapia de grupo evocando su adicción. Asimismo sentían un aumento significativo del «deseo» («craving») de volver a consumir cuando relacionaban situaciones, lugares o experiencias al consumo anterior de drogas. A partir de estas observaciones describió el síndrome de abstinencia condicionada donde los sucesos de abstinencia (RI) se apareaban con estímulos ambientales (EC), y la evocación y/o presencia de estos estímulos podían provocar una respuesta condicionada (RC) de síndrome de abstinencia a las drogas (Figura 13.2).

2.2.2. Condicionamiento Operante

Sabemos que el principio básico del condicionamiento operante radica en que la ocurrencia de un comportamiento está en función de sus consecuencias. El incremento de la ocurrencia de un comportamiento está basado en un estímulo reforzante o reforzador, que es el encargado de que la conducta se repita en el tiempo ante la misma situación. Tal y como describen Graña y García Álvarez (1994) para que una droga funcione como reforzador o estímulo reforzante ha de ser capaz de incrementar, o por lo menos mantener, la probabilidad de ocurrencia del comportamiento al que sigue. A partir de estas premisas la literatura demuestra que existen suficientes evidencias de que los opiáceos actúan como reforzadores, tanto en animales como en humanos.

Por otra parte, cuando se interrumpe la administración del consumo aparece una consecuencia de carácter aversivo: el síndrome de abstinencia. Las drogas se convierten entonces en reforzadores negativos al conseguir evitar o aliviar los síntomas desagradables que produce el no consumirlas (evitar el síndrome de abstinencia). Cuando solamente existe dependencia psicológica, caso de la cocaína por ejemplo, actúan como reforzador negativo al aliviar y/o evitar los síntomas de ansiedad que produce el no consumir la sustancia.

Según Wikler (1965) el efecto aversivo que tiene el consumo de opiáceos es la aparición de náuseas, que desaparecen con el consumo continuado de la sustancia, hecho que puede explicar las recaídas. Asimismo, el propio Wikler (1965, 1980) aducía que probablemente uno de los determinantes en la adicción a opiáceos se encontraba en el condicionamiento de escape y evitación de los síntomas del síndrome de abstinencia.

FIGURA 13.2. SÍNDROME DE ABSTINENCIA CONDICIONADA SEGÚN WIKLER (1965)

2.3. El modelo actitudinal

En la Psicología social llamada básica son de sobra conocidos los modelos actitudinales. En el transcurso de este manual ha hecho acto de presencia de manera reiterada (*véase*, como ejemplo, el Cuadro 4.1 del Capítulo de Silvia Ubillos) porque se entiende que si la actitud constituye un elemento central en la formación de un comportamiento, no lo será menos en su cambio convirtiéndose así en una de las estrategias más frecuentes de intervención.

Aunque a estas alturas no es necesario volver sobre el concepto de actitud, ni sobre los modelos más profusamente utilizados en el campo aplicado (los modelos de la Acción Razonada y de la Conducta Planificada) es necesario recordar cómo Rodríguez Marín (1998), en una revisión y aplicación de las teorías de la acción razonada y la conducta planeada a la predicción de las conductas adictivas, apunta que para predecir la conducta individual, primero es necesario identificar y medir la conducta objeto de estudio, siendo su determinante inmediato la intención que el individuo tiene de llevar a cabo (o no) tal acción. En un segundo momento, la intención de un individuo presenta dos determinantes fundamentales: uno de naturaleza personal (actitud hacia la conducta), y otro que refleja la influencia social (norma subjetiva). En un tercer momento, las actitudes acerca de una conducta están en función de «las creencias sobre resultados de tal conducta y de la valoración que una persona hace de tales resultados» (Rodríguez Marín, 1998, p. 74).

3. FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO QUE INTERVIENEN EN EL INICIO AL CONSUMO DE DROGAS: CONFORMIDAD, PRESIÓN DE GRUPOS, IDENTIDAD

Desde tiempo inmemorial existe un consumo de sustancias establecido en prácticamente todas las culturas conocidas. Sabemos positivamente que el uso de sustancias es un comportamiento inherente a la propia naturaleza humana. Cada una de las culturas ha dado un valor diferente al consumo y al tipo de sustancia, y el mapa es tan curioso como complicado a la hora de establecer los criterios por los que cada pueblo consume una sustancia y evita o incluso «prohíbe» el consumo de otra.

No obstante, es absolutamente fundamental intentar entender las causas y factores que intervienen en la iniciación al consumo de drogas dado que esta es la premisa sobre la que se puede basar una estrategia de intervención preventiva desde la Psicología social. La opinión de Gilchrist es muy digna de ser tenida en cuenta:

«En el campo de la prevención de drogas, definir quién está en riesgo de consumo regular y frecuente es tan poco definitivo como las metas de los propios programas. La habilidad de un programa para detectar a adolescentes en riesgo se ha considerado mayoritariamente como un elemento importante a la hora de valorar el coste-efectividad de los programas. Sin embargo, todavía no ha habido una investigación etiológica que nos facilite herramientas para tasar con seguridad este riesgo. Lo que se hace normalmente en los programas de base escolar es considerar que todos los adolescentes y niños están dentro del grupo de riesgo de consumo y, por tanto, el grupo en su conjunto se constituye en objetivo de la intervención preventiva» (Gilchrist, 1995, p. 112).

Ante este planteamiento, en mayor o menor medida cualquier joven se encontraría en disposición potencial de ser consumidor de drogas, y por tanto entraría dentro del grupo de riesgo. Pero quizás sea pertinente acotar un poco más el concepto y definir como factores de riesgo el conjunto de variables de carácter interno y/o externo que en interrelación pueden resultar facilitadoras y/o predisponentes en el inicio y el mantenimiento del consumo de drogas (Vallés, 1997). Este es un concepto que se encuadra en un diseño multifactorial donde tienen que confluír e interactuar distintas variables para que el riesgo de consumo sea un hecho. Algunos trabajos han intentado aislar variables de riesgo asociadas con parámetros de personalidad, con conducta antisocial o anómica, con fracaso escolar, o con búsqueda de sensaciones (Herbert, 1983; Pastor, 1988), sin que ninguna de ellas haya podido aportar datos concluyentes al respecto. Sin necesidad de llevar a cabo un exhaustivo análisis, García-Rodríguez y López (1998) han sugerido que un factor determinante en el consumo es la disponibilidad de adquisición de sustancias, sobre todo en las edades más tempranas, lo que conduce a las drogas de uso legal (tabaco y alcohol, fundamentalmente) como las de mayor índice de riesgo relativo.

A partir de aquí las clasificaciones de factores de riesgo son casi tan abundantes como los autores que se han ocupado del tema, dado que, en un afán creativo y original, cada uno de ellos decide incorporar algún elemento diferencial en su clasificación. No obstante, desde una postura más analítica, da la impresión de que las diferencias se reducen a matices en cuanto a los factores más que a aportaciones realmente diferentes, si exceptuamos posturas como la psicodinámica, sistémica, transaccional, etc., que parten de otro tipo de postulados y desarrollan un enfoque diametralmente distinto.

Si repasamos algunas de las clasificaciones más representativas sobre los factores de riesgo, la de Botvin y Botvin (1993) merece una especial atención por la naturaleza psicosocial de los factores que maneja y que los autores entienden, con toda razón, como una evolución normal del sujeto.

Presión de grupo. En las etapas preadolescente y adolescente, el grupo de iguales tiene un papel representativo como un «lugar seguro», como una forma de protección del mundo adulto. Desde esta doble perspectiva, los jóvenes tienen la posibilidad de descubrir la realidad circundante de una forma externa a la familia (que

de alguna forma empieza a estar en un segundo plano) y aprender gran cantidad de papeles a través de los demás (habilidades personales y sociales). Normalmente, la influencia se diversifica, de tal forma que los amigos pueden ejercer presión en cuanto a las «modas» (en el vestir, la forma de hablar, de moverse, la música, el consumo, etc.) y la familia en ámbitos más formales (pautas normativas en casa, elección de una carrera, etc.).

Conformidad. Es progresiva la dependencia que el preadolescente y adolescente va teniendo de su grupo de iguales hasta el punto de generar una conducta de conformidad. Este comportamiento no implica que acepte sin discusión todas y cada una de las demandas del grupo; puede presentar una alta resistencia a determinados valores, actitudes y comportamientos del grupo si entran en contradicción con los suyos propios. En este caso tendrá una gran importancia la aceptación o el rechazo que el grupo tenga hacia el joven. Según Harptup (1983) a mayor dependencia y ansiedad, y menor autoestima, más conformidad con el grupo.

Desarrollo cognitivo. El desarrollo del adolescente experimenta amplios y significativos cambios que le hacen percibir el mundo de una forma distinta. Las diferentes habilidades cognitivas que va adquiriendo el joven le permiten enfocar los problemas con posibilidades de las que antes no disponía en su repertorio cognitivo, así como de alternativas diferentes y aspectos normativos que le permiten transgredir la norma. Podríamos decir que las pautas morales del adolescente son menos rígidas a la hora de manejar las categorías de «bueno» y «malo», pudiendo añadir factores nuevos que amortigüen su comportamiento.

Formación de la identidad. Una de las cuestiones fundamentales en esta etapa evolutiva es la formación de la identidad. Este proceso hace que el joven consiga ser consciente de su imagen ante los demás, hecho altamente representativo en esta edad. Los adolescentes pueden verse inducidos al consumo de drogas por mantener una imagen social determinada que se puede ajustar con la que ven en otros adolescentes o en los propios adultos y que le reporta unos «beneficios» sociales amplios o exitosos.

Por su parte, Vallés (1997) ha propuesto la consideración de unos factores de riesgo que resultan igualmente convincentes (Cuadro 13.1).

CUADRO 13.1. FACTORES DE RIESGO (Adaptado de Vallés, 1997)

Factores individuales	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Características de personalidad • Autoconcepto y autoestima • Autocontrol
Factores relacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Familia • Escuela • Grupo de iguales
Factores sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad • Publicidad

Como resumen, podemos comprobar la existencia de cuatro bloques de factores presentes en la mayoría de los modelos: *a)* factores individuales: características propias de cada sujeto, actitudes y comportamientos; *b)* factores de corte familiar, desde su estilo de vida hasta sus pautas de socialización y consumo; *c)* factores de corte académico, donde sobresalen componentes de rendimiento, motivación y aprendizaje en general, y *d)* factores de corte comunitario que aglutinan aquellas variables que pueden llegar a determinar un comportamiento de consumo, desde la disponibilidad de las sustancias hasta las formas de permitir el consumo.

En un estudio realizado por García-Rodríguez *et al.* (1999) entre la población de escolares de Alicante, se formulan unos perfiles de iniciación al consumo de tabaco, de alcohol y de otras drogas que merecen ser tomados muy en consideración. En los primeros momentos del consumo de tabaco, el perfil de los jóvenes

alicantinos se deja definir en los siguientes términos: *joven que comienza a fumar o prueba por primera vez el tabaco en la calle o en una fiesta social (bautizo, comunión, boda o similar), en compañía de su grupo de amigos, arrastrado por la curiosidad, y que no sienten nada en absoluto o se siente decepcionado por el primer cigarrillo de su vida.* En el caso de la iniciación al consumo de alcohol tenemos que formular dos perfiles distintos acordes con cada una de las poblaciones estudiadas:

Población de E.S.O.: *joven que bebe alcohol por primera vez en una fiesta social o en su casa, en compañía de sus familiares, sin ningún motivo especial para probarlo, o que lo prueba por curiosidad, y que no siente nada en absoluto por el hecho de probarlo.*

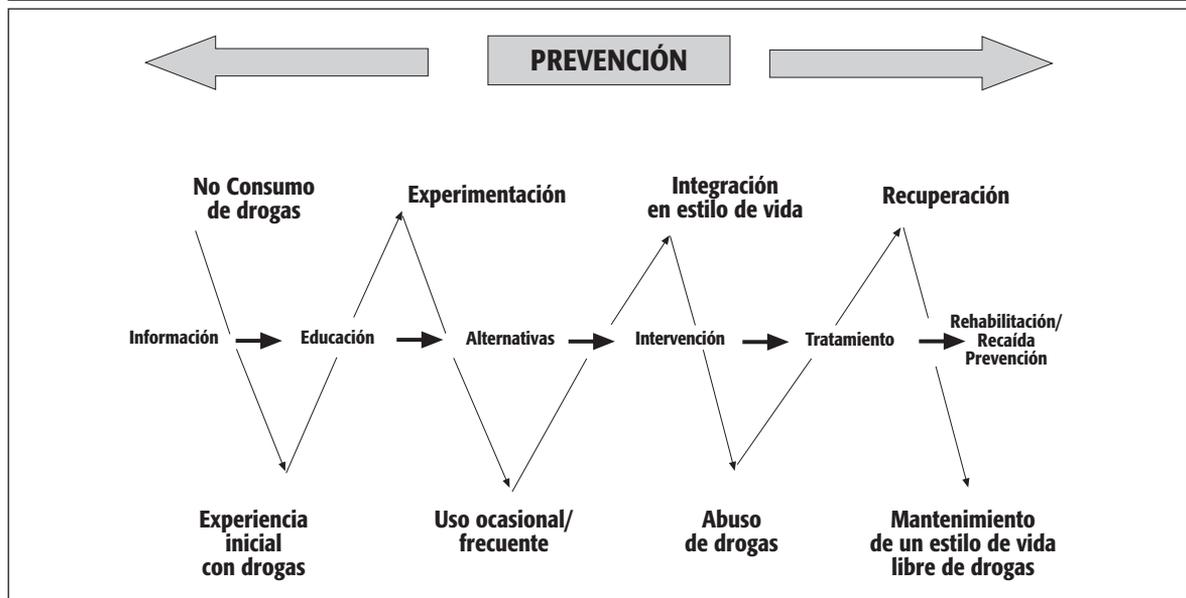
Población de Bachillerato: *joven que bebe alcohol por primera vez en una discoteca o un pub en compañía de su grupo de amigos/as sin un motivo especial para ello, o lo hace por curiosidad, y que no siente nada en absoluto cuando bebe por primera vez o siente satisfacción al hacerlo.*

El perfil de la iniciación al consumo de otras drogas se puede formular en los siguientes términos: *joven entre 16 y 20 años que toma contacto por primera vez con las drogas en la calle o en una discoteca, en compañía del grupo de amigos/as, que la prueban por curiosidad y sienten placer y/o satisfacción cuando la ingieren.*

4. ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN

Los ámbitos donde podemos desarrollar una intervención para la prevención de drogas ocupan en la literatura un amplio panorama que intentaremos concretar en aquellos aspectos que nos permitan reducir el espectro. Bukoski (1995, p. 16) formula la prevención global del abuso de drogas (Figura 13.3) en unos términos que merecen ser recogidos textualmente: «Ofrece una combinación de estrategias que tienen en cuenta las necesidades individuales y que desarrollan intervenciones consecuentes con la etapa del uso de drogas correspondiente.

FIGURA 13.3. PREVENCIÓN GLOBAL (Bukoski, 1995)



Esta vía reconoce que el abuso de drogas comprende un espectro de comportamientos que va desde el no consumo hasta la dependencia e incluye una serie de estrategias preventivas basadas teóricamente en todo rango de comportamientos en el uso de drogas». A partir de esta formulación propone cuatro tipos de programas diferentes (Cuadro 13.2):

CUADRO 13.2. TIPOLOGÍA DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN (Bukoski, 1995)

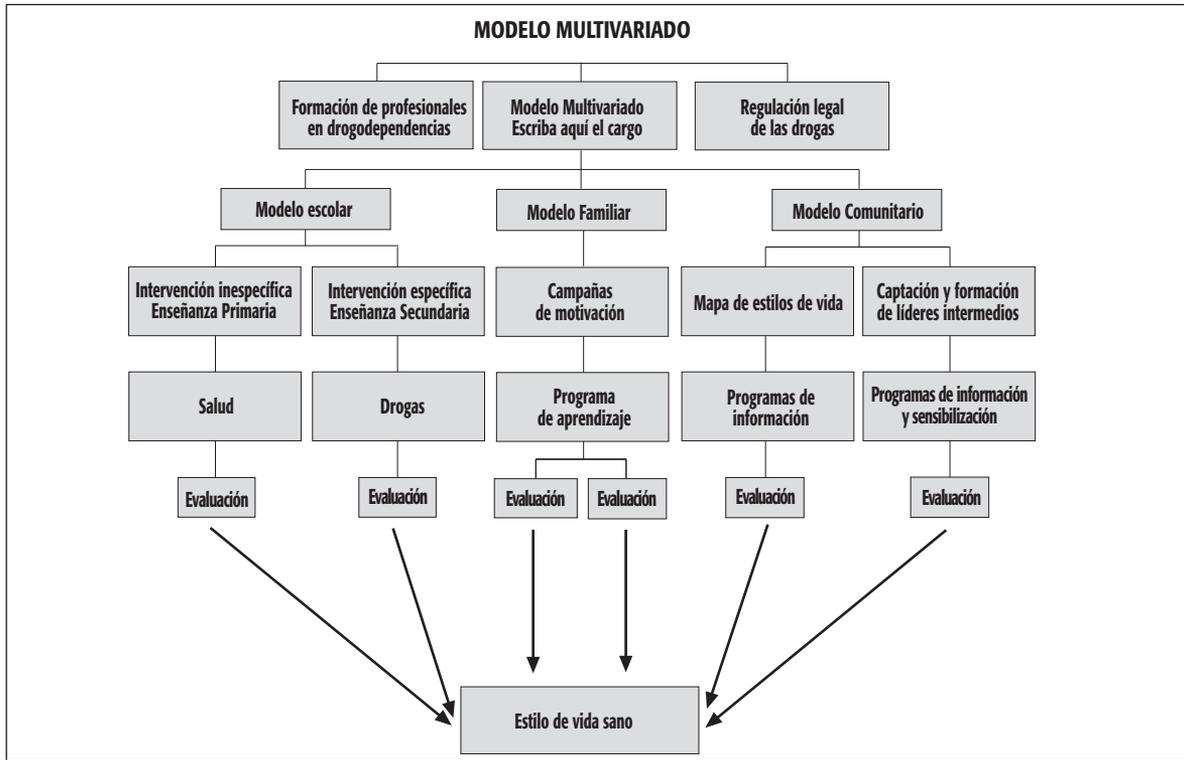
Programas informativos	Se trata de programas que persiguen prevenir el consumo mediante la información de los daños y consecuencias de éste, tanto a nivel físico como psicológico y social. Se apoyan en lo que se denominan «campañas» que utilizan los medios de comunicación (radio, TV, prensa, etc.), conferencias de corte educativo, películas y cualquier otro tipo de soporte que permita la transmisión de información (pegatinas, camisetas, folletos, trípticos, dípticos, carteles, etc.).
Programas educativos	Pretenden evitar los déficits en las habilidades psicológicas y sociales de los jóvenes, actuar en la mejora de la comunicación y las relaciones interpersonales, aumentar el autoconocimiento y la aceptación de uno mismo, e intentar que aprendan a rechazar las influencias que promuevan el consumo de sustancias.
Programas alternativos	Se centran en la generación de alternativas para sujetos o grupos de riesgo. Las alternativas se orientan de forma positiva en contra del uso de sustancias y agrupan actividades de voluntariado o cooperación con servicios sociales, deportes y actividades de ocio y tiempo libre orientadas hacia la ayuda de otros grupos.
Programas de intervención	Se orientan hacia sujetos de alto riesgo al consumo. Conllevan acciones encaminadas a la rehabilitación en momentos de crisis, consejo psicológico, dinámica de grupos, programas con líderes intermedios, etc.

En resumen, y tomando en consideración éstos y otros aspectos, hemos planteado un «modelo multivariado». Dicho modelo, desarrollado a lo largo de la última década, propone una estructura múltiple de intervención perteneciente a los tres ámbitos que envuelven al sujeto de manera natural: la familia, la escuela y la comunidad. Queremos hacer notar que estos tres contextos son precisamente los que definen la naturaleza psicosocial de la intervención, de acuerdo con la propuesta que hemos hecho en el Capítulo 1. Se consideran fundamentales para la prevención de las drogodependencias, tanto desde una perspectiva unitaria (cada uno de ellos por separado) como de una forma conjunta, tal y como propone el autor. En la Figura 13.4. podemos apreciar su desarrollo. Finalmente, en la Figura 13.5 presentamos las ventajas e inconvenientes que acompañan al modelo multivariado.

5. DESARROLLO DEL DISEÑO DE INTERVENCIÓN

Tal y como señalamos en el Capítulo 2, intervenimos porque nos preocupa un problema y deseamos resolverlo. Para ello nos formulamos una serie de preguntas, siete en concreto, encaminadas a la definición del problema,

FIGURA 13.4. DESARROLLO DEL MODELO MULTIVARIADO (García-Rodríguez, 1993)



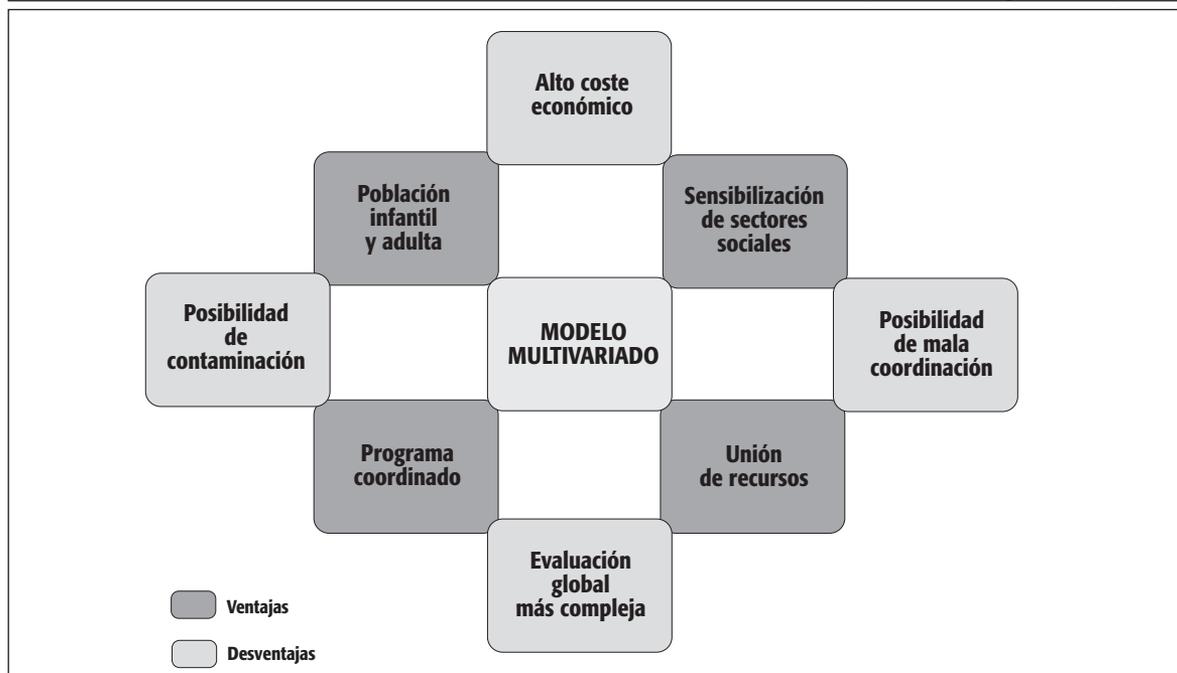
a la concreción de los objetivos a conseguir, a los medios con los que contamos para ello, etc. Para la elaboración del diseño nos hemos apoyado fundamentalmente en las teorías del aprendizaje social y en las variables de riesgo al consumo.

La intervención que presentamos se desarrolla íntegramente en la ciudad de Ibi (Alicante) con la colaboración y participación de todos los centros públicos de enseñanza. Se tuvieron contactos previos para explicar puntualmente el desarrollo de los trabajos a realizar tanto a los claustros de profesores como a todos los colectivos relacionados directa o indirectamente con el proyecto (Ayuntamiento, asociaciones, Asociación de Madres y Padres de Alumnos —AMPAs—, comerciantes, industriales...). Paralelamente, se elaboró el calendario para la aplicación de cuestionarios que nos permitieran llevar a cabo la evaluación completa de la intervención con ayuda de los siguientes instrumentos (véase apéndice instrumental):

- Cuestionario de datos sociofamiliares (García-Rodríguez *et al.*, 1999).
- Cuestionario de información (García-Rodríguez *et al.*, 1999).
- Escalas de actitudes (García-Rodríguez y López, 2001).
- Cuestionario de consumo (García-Rodríguez y López, 1994).

Para la aplicación de estos instrumentos contamos con la colaboración de los profesores y de los servicios sociales del Ayuntamiento, siguiendo pautas de administración idénticas en todos los sujetos, siempre en horario escolar y guardando el anonimato. Posteriormente, se formalizó el calendario de intervenciones con cada uno de los cursos, teniendo en cuenta que se necesitaban ocho horas por grupo para ejecutar cada una de las intervenciones que se detallan posteriormente a las que denominamos «sesiones» (de intervención).

FIGURA 13.5. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL MODELO MULTIVARIADO (García-Rodríguez, 1993)



5.1. Objetivos

Objetivo general

En virtud de los factores de riesgo y/o desencadenantes anteriormente descritos, partimos de la base de que la población normal es susceptible de ser consumidora de sustancias adictivas. Por ello, y desde una perspectiva totalizadora, nos debemos plantear estrategias preventivas que puedan ser efectivas en la prevención de las drogodependencias, utilizando teorías contrastadas y eficaces de la Psicología social. Desde este punto de vista nos planteamos el siguiente objetivo general: evaluar la eficacia preventiva de técnicas psicosociales en cuanto a variables de información y actitudes que inciden en el inicio al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en una población normal.

Objetivos específicos

El nivel de información sobre sustancias adictivas y las actitudes positivas hacia el mantenimiento de la salud tienen un gran peso específico en la iniciación al consumo. Ambas pueden actuar como «factores de protección» y pueden conducir a la demora en el inicio en la edad de consumo con sus consiguientes efectos beneficiosos (Robins y Przybeck, 1985). Ello nos condujo a concretar el objetivo general en los siguientes objetivos específicos:

- Evaluar la eficacia de las técnicas psicosociales aplicadas para mejorar los niveles de información de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Evaluar la eficacia de las técnicas psicosociales aplicadas en la intervención, buscando el aumento de las actitudes a favor del mantenimiento de la salud en relación con el tabaco, el alcohol y otras drogas.

5.2. Procedimiento

Según hemos visto en el Capítulo 2, la selección de los participantes en el programa es uno de los pasos en el diseño de cualquier intervención. En nuestro caso se procedió a seleccionar una muestra perteneciente a una población que tuviera una motivación previa en materia de prevención de drogodependencias. Se pensó, asimismo, en un tipo de comunidad relativamente pequeña en la que resultara fácil acceder a la población escolar pública en el rango de edad seleccionado: 11-14 años. La ciudad de Ibi (Alicante) cuenta con ambas características: con colegios públicos interesados en desarrollar actividades preventivas y una población de unos 25.000 habitantes con varios colegios públicos.

En primer lugar, se mantuvieron reuniones con los responsables políticos de la ciudad para presentar el proyecto de intervención. Posteriormente se hizo lo propio con los responsables de los centros escolares para que informaran a sus respectivos claustros. Más adelante se mantuvieron reuniones con los padres de los alumnos seleccionados con el fin de que estuvieran informados en todo momento de las actividades a ejecutar y obtener el «consentimiento informado», dado que estamos hablando de menores de edad.

Para una mayor operatividad y mejor comprensión del procedimiento seguido en esta implementación, vamos a seccionarlo en diferentes fases:

Fase I

Una vez conseguidos los pertinentes permisos e informados los distintos responsables, se asignaron los horarios de intervención en los diferentes cursos. Acto seguido, se contó con la colaboración (pasiva) de los respectivos tutores de los alumnos. Para conseguir que la motivación de los alumnos fuera lo más alta posible se les informó que se iba a iniciar un estudio sobre drogas, pidiéndoles su participación, tanto en la cumplimentación de cuestionarios como en las posteriores actividades que se llevaran a cabo. Asimismo, se les indicó que su cooperación era totalmente voluntaria y que sus respuestas a los cuestionarios, escalas, intervenciones en debates, etc., serían anónimas. La participación fue del cien por cien de los estudiantes.

Una vez establecido el calendario de actividades con los tutores y con la dirección de los centros escolares, se procedió a la aplicación de los instrumentos. Como partíamos de la base del anonimato, se propuso una «clave» para posteriores aplicaciones de los cuestionarios y escalas. A fin de que con el paso del tiempo no se olvidaran de la clave se les indicó que utilizaran una de cinco dígitos: la inicial del nombre del padre, la inicial del nombre de la madre, el día de su nacimiento y la letra inicial del mes de su nacimiento, haciéndoles ver que era imposible la localización de su identidad mediante este sistema.

Fase II

En esta segunda fase se procedió a la intervención de los grupos con ayuda de las siguientes técnicas:

- *Técnicas persuasivas de recurso al miedo.* Utilizamos mensajes que suscitan miedo hacia el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, proporcionando argumentos sólidos sobre la posibilidad de que el consumidor sufra, de forma extrema, alguna consecuencia negativa.
- *Técnicas de «role playing» en vídeo y en vivo.* Basándonos en los principios del aprendizaje social, se presentan escenas grabadas en vídeo. Los actores interpretan situaciones de la vida cotidiana con el fin de que los espectadores se puedan implicar de una forma directa o indirecta e introducir las conductas de los actores en su repertorio comportamental presente o futuro. Se representan roles próximos a los jóvenes donde pueden observar las consecuencias de la conducta de los modelos. Se presentan diversas alternativas de protección para evitar las consecuencias negativas asociadas a los factores de riesgo.

El «role-playing» en vivo sigue los mismos principios del aprendizaje por observación, donde todos los alumnos desarrollan diversos papeles dentro de la clase. Las representaciones son rotativas, a fin de que todos los alumnos participen del juego de papeles propuesto. El contenido de las escenas de «role-playing» en vivo es el mismo que el de «role-playing» en vídeo, con la finalidad de comparar la eficacia entre la visualización de imágenes filmadas (participación pasiva) y la ejecución activa. Las escenificaciones son de una duración muy corta, facilitando su realización dentro del tiempo previsto en cada sesión.

- *Resolución de problemas.* La clase se distribuye en pequeños grupos de trabajo y se siguen los pasos siguientes:
 1. Identificar el problema. El problema siempre irá referido al objetivo de cada sesión.
 2. Definir el problema por el grupo, ya que sabemos que ante un mismo problema pueden aparecer tantas descripciones como personas intervengan en la definición del mismo. Así, unificaremos por grupos la definición del mismo.
 3. Elaborar alternativas. Se utilizará la técnica de «brainstorming» o «tormenta de ideas» (Osborn, 1963), teniendo en cuenta cuatro normas básicas:
 - No se admiten las críticas.
 - Se permiten todas las ideas.
 - Lo más importante es la cantidad de alternativas.
 - Es imprescindible combinar y reformar las ideas y soluciones.
 - Valorar las consecuencias y seleccionar las respuestas más adecuadas para la consecución del objetivo de cada sesión.
 4. Evaluar los resultados. Se puntúan las alternativas de 0 a 10, siendo 0 la peor y 10 la mejor solución. Por lo tanto, las de mayor puntuación por el grupo serán las alternativas más adecuadas para la solución del problema.

La intervención se estructura en un total de ocho sesiones para cada uno de los cursos, y cada sesión cuenta con una primera parte de información sobre sustancias y con unos puntos orientados a alcanzar los objetivos, y una segunda parte de aplicación de las técnicas. Se concluye cada sesión con un debate abierto en el que se termina por cubrir el objetivo marcado. El desarrollo de cada una de las sesiones es de aproximadamente una hora de duración.

Fase III

Una vez finalizadas las intervenciones, que fueron secuenciadas en el tiempo, se procedió nuevamente a la aplicación de los cuestionarios y escalas. Posteriormente se dejó transcurrir un año y medio aproximadamente y se procedió a la aplicación de los instrumentos de medida a todos los cursos con el fin de poder realizar una evaluación completa antes-después-seguimiento.

5.3. Técnicas aplicadas

A continuación procedemos a describir pormenorizadamente el procedimiento utilizado en la aplicación de cada una de las técnicas.

5.3.1. Técnicas persuasivas de recurso al miedo

La aplicación de esta técnica se prolongó a lo largo de ocho sesiones orientadas hacia los riesgos y peligros reales, incluso de muerte, que provoca el consumo de cualquier sustancia adictiva.

Primera Sesión: prevenir la curiosidad en el inicio al consumo de drogas

Información: contenidos

- Presentación.
- ¿Por qué se consume?
- ¿De qué tenemos curiosidad?

Intervención

- Visualización del vídeo. (Película comercial «*Mi hija NO*»: secuencias escogidas.)

Debate

- Analizar todos los efectos negativos que producen las drogas.
- Asociar alcohol y tabaco con accidentes.
- Asociar consumo de *porros* con deterioro neuronal, haciendo hincapié en el deterioro de la memoria y en el área de lenguaje, enteltecimiento del curso del pensamiento y de la fluidez verbal general.
- Inculcar miedo al consumo de todo tipo de sustancias: duras, blandas, legales e ilegales, estén o no socialmente bien o mal vistas: todas las drogas dañan seriamente a una persona y ese daño está presente incluso en cantidades ínfimas o muy pequeñas, ya que ese es el paso al consumo posterior (pérdida del control), hasta llegar incluso a la muerte (sobredosis, infección, mala calidad de la droga, no saber qué pastillas te estás tomando y ser alérgico a la misma, etc.).
- Inculcar la idea de que probar puede significar caer en la trampa para siempre, y la mayoría de las drogas tienen una difícil salida y en general la enfermedad crónica o la muerte.

Segunda Sesión: prevenir la presión de grupo

Información: contenidos

- ¿Qué es la presión de grupo? ¿Cómo presiona el grupo a uno de sus miembros?
- ¿Os habéis encontrado alguna vez en una situación de presión de grupo?
- Cuando se dice NO:
 - ¿Qué habéis pensado? ¿Qué habéis sentido?
 - ¿Por qué se dice NO? ¿Es difícil decir NO?
 - ¿Qué pasa cuando se dice NO?
 - ¿Respetas el grupo al que dice NO?
- Idéntico tratamiento cuando se dice SÍ.
- ¿Por qué las personas siguen insistiendo ante una negativa?

Intervención

- Visualización del vídeo (película comercial «*Mi hija NO*»): escenas escogidas).

Debate

- Trabajar la idea de que si te doblegas a las decisiones de otro puedes llegar a convertirte en *esclavo* de las decisiones de los demás, y no tener nunca un criterio propio para decidir. (Se debe ejemplificar con supuestos del tipo sumiso completo: «*Yo te ordeno, y tú obedeces*»).
- El grupo se ríe de ti porque obedeces a ciegas y sin rechistar todas las decisiones de sus miembros. El grupo no te toma en serio, no existes para el grupo, excepto como marioneta para jugar contigo. A la hora de correr cualquier riesgo, lo corres tú obedientemente.
- A la hora de probar «*algo nuevo*» (*una pastilla misteriosa*), se la dan a probar al que se doblega al líder o al grupo para comprobar los efectos sobre otro. Estás en continuo riesgo por someterte a la presión de los demás.

Tercera Sesión: reforzar alternativas sanas al consumo de drogas

Información: contenidos

- ¿Qué significa utilizar nuestro tiempo libre?
- Todas las cosas divertidas, interesantes y/o arriesgadas, no significan consumir drogas.

Intervención

- Visualización del vídeo (película comercial: «*24 horas*»). Escenas escogidas).

Debate

- Analizar situaciones divertidas, comparando aquellas que se hacen con drogas, remarcando los efectos negativos que éstas pueden acarrear, y situaciones sin drogas subrayando los efectos positivos de esta alternativa.
- Conocer a alguien estando muy bebido significa que no te enteras de lo que te dice, de lo que te cuenta. Al día siguiente no te acuerdas bien de lo que pasó y puede significar que no has conocido realmente a nadie. Conocer a alguien sin estar bebido significa que puedes participar activamente de la conversación y de las actividades...
- Si alguien te conoce en una situación en la que no eres tú mismo, podrá quedarse con una impresión falsa de cómo eres en realidad.
- Estás en continuo riesgo al no controlar la situación en la que te encuentras, pudiendo ser atacado, robado, apaleado, ser objeto de mofa, engañado, etc. (Comparar con situaciones «sanas» e incidir en los riesgos del consumo.)

Cuarta Sesión: prevenir el consumo cuando existen problemas personales

Información: contenidos

- Las drogas empeoran los problemas personales.
- Ante un problema, ¿qué es lo más sencillo a lo que podemos recurrir? ¿Cuál es la mejor opción?
- Si veis que un amigo tiene un problema, ¿qué le aconsejáis?

Intervención:

- Visualización del vídeo (película comercial «*Mi hija NO*»: escenas escogidas).

Debate

- Exponer la situación más clásica de la persona que tiene un problema y recurre al consumo de alcohol como «válvula de escape». Exponer las consecuencias a corto, medio y largo plazo de esta situación.
- La persona que se siente mal y recurre a la bebida sufriendo, acto seguido, un accidente de tráfico que la deja tetrapléjica.
- El fumador empedernido que fuma cada vez más y cuando tiene algún tipo de problema abusa aún más, hasta que consigue contraer una enfermedad pulmonar incurable que acaba con su futuro, dado que se le pronostica un cáncer irreversible.

Quinta Sesión: romper el estereotipo de líder consumidor

Información: contenidos

- Abordar el funcionamiento de un grupo:
 - El líder.
 - La toma de decisiones del grupo.
 - La presión del grupo sobre el líder y viceversa.
- También es líder quien maneja la información sin necesidad de ser consumidor o explorador del consumo (por ejemplo: el líder es el que más sabe, no por probar, sino por documentarse).
- Cuando el líder no gana, aprenderá a aceptar la decisión de la mayoría.

Intervención

- Visualización del vídeo (película comercial: «*Los centinelas*». Escenas escogidas).

Debate

- Si nos dejamos arrastrar por el líder, podemos llegar a ser una marioneta sin decisión propia, sin *personalidad*: no ser nadie.
- Podemos llegar a situaciones donde carguemos con las acciones de los otros, incluidas las penas máximas que la ley puede aplicarnos: cadena perpetua, correccionales, etc.
- Ser consumidor no significa ser más fuertes, y deteriora tu imagen ante los demás.

Sexta Sesión: prevenir el consumo de drogas como instrumento de comunicación

Información: contenido

- Explicar brevemente qué es la comunicación.
- Desdramatizar el problema de los tímidos.
- Dejar bien sentado que ninguna droga favorece realmente la comunicación (¡cuidado con el alcohol, es una trampa!).

Intervención

- Visualización del vídeo (película comercial: «*Los centinelas*»). Escenas escogidas).

Debate

- Una de las situaciones más típicas se da con el consumo de alcohol: intentamos comunicarnos y solamente conseguimos «meter la pata», incluso con riesgo de nuestra propia vida, si nos envalentonamos ante alguien y provocamos una pelea donde podemos salir muy mal parados.

Séptima Sesión: prevenir la rebeldía y la sensación de libertad con el consumo de drogas

Información: contenidos

- Incidir en el punto de que la libertad es inversamente proporcional al consumo de cualquier sustancia adictiva.
- Abordar de nuevo el mito del control. Poner ejemplos de pérdida de control con pérdida de libertad.
- Explicar qué son las modas, quiénes las fomentan. Hablar sobre el consumo y la necesidad de ser rebeldes pero ante el consumo indiscriminado y engañoso, y ser consecuentes con unos principios y criterios personales que se encaminen hacia la verdadera libertad.

Intervención

- Visualización del vídeo (película comercial: «*Los centinelas*»). Escenas escogidas).

Debate

- Uno empieza fumándose un cigarrillo de vez en cuando, presumiendo de que puede controlar el consumo pero, sin darse cuenta, poco a poco va fumando cada día más, hasta que, sin remedio, es esclavo del tabaco, y se está generando enfermedades de pronóstico mortal.
- Uno consume copas para pasarlo bien y piensa que controla la bebida cuando quiere y cuanto quiere, hasta que cae en la cuenta de que si no bebe no se lo pasa bien. Ha perdido su libertad y su dignidad. Le ha ganado la partida el alcohol.
- Con «dos» pinchazos de heroína has acabado con la libertad para siempre, y con «suerte» hasta con tu vida.

Octava Sesión: prevenir la desinformación

Información: contenidos

- Explicar qué significa estar bien informado, y sobre todo la importancia que tiene la información.
 - * Diferenciar entre información y desinformación (calidad de la información).
- Ejemplificar con los mitos habituales de la desinformación sobre drogas (por ejemplo: el alcohol calienta; el alcohol abre el apetito, etc.).
- Incidir en el tema de las cantidades de drogas, dado que se puede seguir en la creencia de que a pequeñas dosis no daña y/o incluso beneficia.

Intervención

- Visualización del vídeo (escenas representadas por el Grupo de Teatro «Zeus»). Guión de García-Rodríguez y López: escenas en las que se exponen dos casos donde un médico ha de informar a un paciente, una joven y un joven, que han contraído cáncer de pulmón atribuible a su alto consumo de tabaco.

Debate

- Un día sales con tu grupo de amigos, te ofrecen unas pastillas de color blanco diciéndote que son *éxtasis* y que te van a poner a tono. Pero ¿sabes lo que estás comprando realmente? Piensa que puedes estar tomando desde mata-ratas hasta veneno para las hormigas; considera que puedes morir con un solo consumo.

5.3.2. Resolución de problemas

De nuevo otras ocho sesiones que siguen el mismo procedimiento de la técnica anterior: una sesión informativa, la intervención propiamente dicha, y un debate final.

Primera Sesión: prevenir la curiosidad en el inicio al consumo de drogas

Información: contenidos

- Presentación.
- ¿Por qué se consume?
- ¿De qué tenemos curiosidad?

Intervención: problema

Un grupo de muchachos y muchachas de 13 y 14 años que se reúnen todos los días después del colegio comienzan un día a preguntarse cosas relacionadas con las drogas. Una chica del grupo le pregunta a los demás si han fumado alguna vez, o si se han tomado alguna bebida alcohólica fuerte. El grupo se interesa por el tema y se inicia una conversación sobre este asunto. Uno de los chicos siente una gran curiosidad por saber qué ocurre cuando se bebe mucho alcohol. Los demás no saben muy bien qué contestarle, pero uno de ellos le explica que se divierte uno mucho. A este comentario, la chica mayor le dice que está equivocado, que cuando se bebe mucho se pasa mal: te mareas y no sabes lo que haces; pierdes el control. Muchos miembros del grupo no saben qué pensar, pero les resulta muy interesante la conversación y preguntan a la chica mayor si sabe qué ocurre cuando te fumas unos cigarrillos rubios. La chica cuenta que sucede algo similar, te mareas, te dan náuseas y dolor de estómago. Al principio parece que tienes el control, pero después te das cuenta que es falso: el que controla es el tabaco. ¿Qué contestaríais vosotros?

Debate

- Estamos convencidos de que las drogas tienen unos efectos positivos, pero después podemos comprobar que la realidad es otra bien diferente.
- Desmitificar el tema del control sobre el consumo: **YO CONTROLLO**. Una persona cuando consume por primera vez no decide ser alcohólico, fumador, etc. Quien consume una droga, fácilmente puede consumir en ocasiones sucesivas.
- Desmitificar drogas duras/blandas y drogas legales/ilegales. (No son menos peligrosas, sino socialmente más aceptadas.)

- Clarificar que el no consumir una sustancia adictiva no perjudica a nadie, mientras que el consumir repercute en consumidores y no consumidores.

Segunda Sesión: prevenir la presión del grupo

Información: contenidos

- ¿Os habéis encontrado en esta situación alguna vez?
- Cuando se dice NO:
 - ¿Qué habéis pensado? ¿Qué habéis sentido?
 - ¿Por qué se dice NO? ¿Es difícil decir NO?
 - ¿Qué pasa cuando se dice NO?
 - ¿Respetas el grupo al que dice NO?
- Idéntico tratamiento cuando se dice SÍ.
- ¿Por qué las personas siguen insistiendo ante una negativa?

Intervención: problema

Nuestro protagonista se llama Alberto, y es un muchacho de 13 años que estudia 2.º de E.S.O. en un colegio público de su localidad. Alberto es el menor de tres hermanos en una familia que se esfuerza para que todos vivan una vida ordenada y saludable. Alberto, al igual que sus hermanos, está continuamente hablando con sus padres sobre todos aquellos temas que le puedan interesar: los estudios, la violencia, el consumo de drogas, las relaciones sexuales. En los últimos tiempos se ha insistido mucho en casa sobre los peligros del consumo de drogas, ya que en una población muy cercana han ocurrido algunas cosas desagradables debidas al consumo. Alberto ha conocido a un grupo que le gusta frecuentar los pubs y las discotecas, y comienza a descubrir por sí mismo un nuevo mundo de emociones. Se siente aceptado por el grupo, pero está dudando sobre algunas cosas que hacen juntos. Su duda crece día a día y comienza a perjudicarle en su vida personal y familiar.

Debate

- Puede llegar a ser difícil decir NO, ya que:
 - Puede que insistan una y otra vez, y la postura de decir NO se debilita.
 - Los demás consumen y aparentemente no les ocurre nada negativo.
 - Si los demás consumen y tú no, puedes llegar a tener la sensación de que no eres como los demás; de que eres raro.
 - Puedes pensar que si haces lo mismo que los demás, será más fácil que te acepten, o bien que no te compliquen la vida.
 - Para decir SÍ no hace falta ninguna razón o justificación, pero para decir NO tendrías que buscar razones, que quizás no se te ocurran en ese momento.
- Tener claro que el grupo respeta a quien dice que NO, ya que significa que tiene su propio criterio y toma sus propias decisiones.
- Las personas insisten para sentirse mejor, más tranquilas, ya que si todos consumen no se producen contradicciones.
- Clarificar: todos somos libres de consumir o no consumir drogas, pero hay que respetar las decisiones de los demás. Si se decide no consumir hay que saber mantenerse en esa opción. Si por el contrario se decide consumir, hay que respetar la opción de quienes no consumen. ¡Si consumes, no invites!

Tercera Sesión: reforzar alternativas sanas al consumo de drogas

Información: contenidos

- A veces las personas dicen que consumen porque en ese momento obtienen «*efectos positivos*» (se divierten, conocen gente nueva, hacen cosas diferentes, etc.) Todo esto y mucho más lo podemos encontrar en otras actividades, evitando los efectos negativos del consumo de drogas.

Intervención: problema

Una de las aficiones principales de Fernando es la pesca submarina. La suele practicar durante seis meses al año, ya que tiene un buen equipo que incluye su traje térmico, y dado que vive cerca de la costa puede practicar este deporte durante meses. Su hermano mayor también es aficionado, pero desde hace un año apenas lo acompaña. El hermano de Fernando es un fumador empedernido y cada vez le cuesta más trabajo sumergirse en la pesca a pulmón. Fernando lo anima a que lo acompañe, pues aunque tiene 14 años es bastante maduro y ordenado en su forma de vida, pero su hermano Juan se excusa diciendo que no tiene ganas o que no tiene tiempo. Fernando está preocupado por su hermano, pero en el fondo se siente feliz consigo mismo, ya que es capaz de controlar su vida y hacer lo que realmente quiere.

Debate

- ¿Qué se hace durante el tiempo libre?
- Realizar una valoración de las distintas actividades que se hacen durante el tiempo libre:
 - ¿Es divertido, o no?
 - ¿Esas actividades ayudan a ganar amigos, o no?
 - ¿Cuestan mucho o poco dinero?
 - ¿Ayudan a estar más sano, o no?
 - ¿Son peligrosas, o no?

Cuarta Sesión: prevenir el consumo cuando existen problemas personales

Información: contenidos

- ¿Ayudan las drogas a resolver los problemas?
- Ante un problema, ¿qué es lo más sencillo a lo que podemos recurrir? ¿Cuál es la mejor opción?
- Si veis que un amigo tiene un problema, ¿qué le aconsejáis?

Intervención: problema

Los profesores de Dolores han comenzado a preocuparse porque desde que comenzó el nuevo curso de 1.º de E.S.O. va de mal en peor. Siempre ha sido una alumna aplicada y sobre todo se ha considerado que ayudaba al resto de compañeros por su forma de vida tan sana y ordenada. Se han enviado varios avisos a sus padres con el fin de saber qué le ocurre, pero hasta la fecha no se ha obtenido respuesta. En un par de ocasiones, Dolores se ha mostrado ofensiva con sus profesores, cosa que ha hecho que el resto de compañeros comience a apartarse de ella. Por otra parte, se puede apreciar que Dolores ha perdido el interés por los estudios y por todo lo relacionado con la escuela y sus actividades. Cuando se le dice que es necesario que se preocupe por estudiar más, responde siempre con evasivas y un alto desinterés.

Debate

- Recordar alguna situación problemática personal:
 - ¿Recurrísteis a algún tipo de consumo?
 - ¿Se solucionó el problema; continuó; empeoró?
 - ¿Qué se puede hacer, como alternativa/s, al consumo de cualquier droga, para afrontar un problema?

Quinta Sesión: romper el estereotipo de líder consumidor

Información: contenidos

- Abordar el funcionamiento de un grupo:
 - El líder.
 - La toma de decisiones del grupo.
 - La presión del grupo sobre el líder y viceversa.
- También es líder quien maneja la información sin necesidad de ser consumidor o explorador del consumo. (Por ejemplo: el líder es el que más sabe, no por probar, sino por documentarse.)
- Cuando el líder no *gana*, aprenderá a aceptar la decisión de la mayoría.

Intervención: problema

A Manolo sus compañeros siempre le hacen caso en todo lo que se le ocurre; parece que tiene un imán y los atrae. Este hecho le reporta muchas ventajas, pero lo exprime al máximo. Últimamente le ha dado por beber cerveza, y está continuamente buscando colegas que lo acompañen de «copas» como él dice. El fin de semana pasado se reunió con su grupo de amigos y sugirió irse de «copas» antes de meterse en la discoteca. De esta forma, según Manolo, irían todos más contentos. ¿Qué harían sus compañeros, harían caso a Manolo, o no?

Debate

- Buscar situaciones de grupo y analizar de quién parten las decisiones.
- Reconocer si un líder es el que más sabe o el más *golfo*.
- No es necesario consumir, ni instigar el consumo, para liderar un grupo.

Sexta Sesión: prevenir el consumo de drogas como instrumento de comunicación

Información: contenidos

- Explicar brevemente qué es la comunicación.
- Desdramatizar el problema de los tímidos.
- Dejar bien sentado que ninguna droga favorece realmente la comunicación (¡cuidado con el alcohol, es una trampa!).

Intervención: problema

Joaquín es un muchacho que tiene muy pocos amigos porque no es capaz de buscarlos, y cuando alguien se acerca a él, se pone tan nervioso que no dice ni una palabra: es un tímido. En su casa lo apoyan mucho, diciéndole que no se preocupe, porque lo realmente importante es que se encuentre bien consigo mismo, cosa que así es en efecto. La última

semana ha conocido, por azar, a una chica que se parece mucho a él, es también algo tímida y le ha presentado a su íntima amiga, que es mucho más abierta que ambos. Se fueron de fiesta y estuvieron de pub en pub durante toda la tarde. Ninguno de ellos fuma, ni bebe alcohol, por lo que se han aburrido, dado que hablaban poco por su problema de timidez.

Debate

- Poner ejemplos de cómo comunicarse sin necesidad de consumir nada.
- Fomentar la comunicación por medio del deporte, la música, la cultura, etc.
- Abordar el consumo de productos sanos (agua, zumos, infusiones, etc.) como instrumentos de comunicación.

Séptima Sesión: prevenir la rebeldía y la sensación de libertad con el consumo de drogas

Información: contenidos

Incidir en el punto de que la libertad es inversamente proporcional al consumo de cualquier sustancia adictiva.

- Abordar de nuevo el mito del control. Poner ejemplos de pérdida de control con pérdida de libertad.
- Explicar qué son las modas, quiénes las fomentan. Hablar sobre el consumo y ser consecuentes con unos principios y criterios personales que se encaminen hacia la verdadera libertad.

Intervención: problema

El grupo de amigos al que pertenece Carmen es fenomenal. Se llevan estupendamente entre todos, chicos y chicas, y se ayudan en sus necesidades. La última vez que estuvieron reunidos, en una Cafetería que les gusta, hablaron largo y tendido sobre las «modas» de ropa y música. Hablaron también de deportes, y otras cosas. La mayoría pensaba que seguir la moda es lo mejor, ya que así no te diferencias de los demás. Carmen discutía este punto, pues pensaba que lo mejor es no ser un «borrego» y no hacer lo que hacen los demás. ¿Hay que tener un criterio personal y seguirlo o seguir el criterio de la mayoría?

Debate

- Intentar obtener la opinión de todos sobre qué es libertad para ellos y cómo la pueden conseguir.
- Explicar si en alguna ocasión se han sentido presos de alguna cosa o persona.
- Explicar qué entienden por moda. Analizar las modas actuales.
- Intentar que algún miembro del grupo cuente si ha perdido el control en alguna ocasión, qué sintió.

Octava Sesión: prevenir la desinformación

Información: contenidos

- Explicar qué significa estar bien informado, y sobre todo la importancia que tiene la información.
 - * Diferenciar entre información y desinformación (calidad de la información).
- Ejemplificar con los mitos habituales de la desinformación sobre drogas (por ejemplo: que el alcohol calienta; que abre el apetito...).
- Incidir en el tema de las cantidades de drogas, dado que se puede seguir en la creencia de que las dosis pequeñas no dañan y/o incluso benefician.

Intervención: problema

María es una chica que se considera buena estudiante. Además le encanta leer, y de hecho pasa buena parte de su tiempo libre leyendo toda clase de libros. Cuando sale con sus amigos, le encanta que le pregunten todas aquellas cosas que los demás no saben. Es considerada como la más «lista» del grupo, y se siente orgullosa por ello. En una ocasión apareció el tema de los *porros*, y la mayoría de sus amigos pensaba que no eran dañinos, que no perjudicaban. Se quedaron muy sorprendidos cuando María les explicó que estaban equivocados, que el hachís es perjudicial para la salud tanto o más que otras drogas, como el alcohol o el tabaco. De hecho, lo mejor que se podía hacer es no probarlo nunca, pues no trae consigo ninguna ventaja. A esto le contestaron que estaba equivocada, y surgió el dilema.

Debate

- Incidir en la idea de que no es necesario probar las drogas para saber qué son. Por medio de una buena información se pueden conocer sin ningún tipo de riesgo.
- Extraer la calidad y cantidad de la información sobre drogas del grupo.
- Fomentar la lectura sobre temas relacionados, que puedan aumentar la información adecuada sobre el tema.

5.3.3. «Role-playing» mediante vídeo y en vivo

Otras ocho sesiones conforman esta fase de la intervención. Se desarrollan a lo largo de una primera parte informativa, la presentación en vídeo de las escenas de «role-playing», la representación de los miembros del grupo implementado participando de las escenas de «role-playing», y un debate final.

Primera Sesión: prevenir la curiosidad en el inicio al consumo de drogas*Información: contenidos*

- Presentación.
- ¿Por qué se consume?
- ¿De qué tenemos curiosidad?

Intervención: «role-playing» mediante vídeo y representación de los miembros del grupo implementado.

Escena Primera: una pandilla de chicos y chicas se encuentran en un parque público y comienzan una amena conversación.

Sujeto 1: ¡Oye!, ¿alguno de vosotros se ha fumado alguna vez un porro?

Sujeto 2: ¿Qué es un porro?

Sujeto 3: ¡Chico, parece mentira que a estas alturas no sepas lo que es un porro!

Sujeto 1: El otro día estuve con mi hermano y unos amigos suyos en el campo, y me dieron a probar un porro. «Tío» fue demasiado, me pasé más de una hora riendo.

Sujeto 4: (Dirigiéndose a sujeto 1) Yo pensaba que sabías lo que estabas tomando, pero veo que me equivoco. El porro perjudica seriamente la salud.

Sujeto 2: ¿Es que tú también lo has probado? (Dirigiéndose a sujeto 4.)

Sujeto 4: Por supuesto que no. Lo que he hecho es informarme bien sobre qué era eso del porro, y he decidido no probarlo porque sé que me perjudica.

Escena Segunda: una pandilla de chicos y chicas se encuentran en un parque público y comienzan una amena conversación.

Sujeto 1: El otro día vi un programa por la tele sobre los porros. ¿Alguien lo vio?

Sujeto 2: Yo lo vi, pero lo que decían no tenía nada que ver con lo que sucede de verdad cuando te fumas un porro.

Sujeto 3: ¿Es que lo has probado? (Dirigiéndose a sujeto 2.)

Sujeto 2: ¡Claro! ¿Es que vosotros nunca habéis fumado?

Sujeto 4: Yo tengo que reconocer que nunca lo he probado, pero creo que no me hace falta. Todos sabemos que no es nada bueno fumar porros.

Sujeto 1: Yo he fumado dos o tres veces, y la verdad es que no me gusta nada. La última vez me sentó fatal y estuve todo el día malísimo.

Sujeto 3: (Dirigiéndose a sujeto 1). Pues si te sienta tan mal, no entiendo por qué sigues fumando esa porquería.

Sujeto 1: No pienso seguir fumando. Me han ofrecido varias veces y he dicho que se lo fumen ellos.

Debate

- Estamos convencidos de que las drogas tienen unos «efectos positivos», pero después podemos comprobar que la realidad es otra bien distinta.
- Desmitificar el tema del control sobre el consumo: **YO CONTROLLO**. Cuando se consume por primera vez, uno no decide ser alcohólico, fumador, etc. Quien consume una droga, fácilmente puede consumir en ocasiones sucesivas.
- Desmitificar drogas duras/blandas y drogas legales/ilegales. (No son menos peligrosas, sino socialmente más aceptadas.)
- Clarificar que no consumir una sustancia adictiva no perjudica a nadie, mientras que el consumir repercute en consumidores y no consumidores.

Segunda Sesión: prevenir la presión del grupo

Información: contenidos

- ¿Qué es la presión de grupo? ¿Cómo presiona el grupo a uno de sus miembros?
- ¿Os habéis encontrado alguna vez en una situación de presión de grupo?
- Cuando se dice NO:
 - ¿Qué habéis pensado? ¿Qué habéis sentido?
 - ¿Por qué se dice NO? ¿Es difícil decir NO?
 - ¿Qué pasa cuando se dice NO?
 - ¿Respetar el grupo al que dice NO?
- Idéntico tratamiento cuando se dice SÍ.
- ¿Por qué las personas siguen insistiendo ante una negativa?

Intervención: «role-playing» mediante vídeo y representación de los miembros del grupo implementado.

Escena Primera: un grupo de amigos se reúnen en la cafetería de la localidad, para tomar decisiones acerca de qué hacer esa tarde. Acto seguido aparece un camarero y les pregunta qué van a tomar.

Camarero: ¿Qué queréis tomar?

Sujeto 1: Nos vas a traer un par de «litronas» para que nos vayamos entonando.

Sujeto 2: ¡Bien pensado! Así dentro de un rato no tendremos que pensar en lo que vamos a hacer.

Sujeto 3: Yo creo que con dos no llegará para todos. Mejor tráenos tres.

Sujeto 4: Yo no quiero cerveza. Prefiero beber un zumo de naranja bien frío.

Sujeto 5: ¡Pero bueno!, ¿por qué no bebes cerveza como todos los demás? ¿Es que te mareas?

Sujeto 4: No. Simplemente pienso que no es bueno para mi salud, y además me siento muy mal. Luego cuando practico deporte lo noto bastante.

Sujeto 1: (Dirigiéndose a sujeto 4) ¡«Tío», por unos tragos de cerveza que te tomes con nosotros, no creo que te mueras!

Sujeto 4: Pero si voy a beber con vosotros, pero en lugar de cerveza, un buen zumo de naranja, que además de sano, me siento fenomenal.

Sujeto 3: Dejad que beba lo que quiera, es libre de elegir.

Sujeto 1: Camarero, lo dicho, dos «litronas» y un zumo de naranja muy frío.

Debate

- Puede llegar a ser difícil decir NO, ya que:
 - Puede que insistan una y otra vez, y la postura de decir NO se debilita.
 - Los demás consumen y aparentemente no les ocurre nada negativo.
 - Si los demás consumen y tú no, puedes llegar a tener la sensación de que no eres como los demás, de que eres raro.
 - Puedes pensar que si haces lo mismo que los demás, será más fácil que te acepten, o bien que no te compliquen la vida.
 - Para decir SÍ no hace falta ninguna razón o justificación, pero para decir NO tendrías que buscar razones que quizás no se te ocurran en ese momento.
- Tener claro que el grupo respeta a quien dice NO, ya que significa que tiene su propio criterio y toma sus propias decisiones.
- Las personas insisten en sentirse mejor, más tranquilas, ya que si todos consumen no se producen contradicciones.
- Clarificar: todos somos libres de consumir o no consumir drogas, pero hay que respetar las decisiones de los demás. Si se decide no consumir, hay que saber mantenerse en esa opción. Si por el contrario se decide consumir, hay que respetar la opción de quienes no consumen. ¡Si consumes, no invites!

Tercera Sesión: reforzar alternativas sanas al consumo de drogas

Información: contenidos

- A veces las personas dicen que consumen porque en ese momento obtienen «efectos positivos» (se divierten, conocen gente nueva, hacen cosas nuevas, etc.). Todas estas cosas y muchas más las podemos encontrar en otras actividades, evitando los efectos negativos del consumo de drogas.

Intervención: «role-playing» mediante vídeo y representación de los miembros del grupo implementado.

Escena Primera: un grupo de jóvenes se encuentra en un polideportivo practicando deporte. En uno de los descansos se agrupan y comienzan a dialogar sobre su forma física.

Entrenador: ¡Bueno chicos! Podéis descansar unos minutos y enseguida reanudamos el entrenamiento.

Sujeto 1: Desde que he empezado a fumar, me encuentro fatal cuando entreno. Me doy cuenta de que no puedo hacer lo mismo que hacía antes.

Sujeto 2: Pues lo tienes fácil, «tío», deja de fumar y recuperarás la forma física en cuatro días. Yo estuve a punto de empezar a fumar, pero elegí no hacerlo por seguir practicando deporte.

Sujeto 3: Hablando de tabaco, ¿queréis fumaros un rubio, ahora que no nos ve el entrenador?

Sujeto 4: Tira eso, ¿no te das cuenta que no queremos fumar? Este año tenemos que ganar el campeonato, y si sigues así sería mejor que lo dejaras y dieras paso a otros que están más en forma que tú.

Sujeto 1: Creo que lleváis razón. Ahora que estoy a tiempo voy a dejarlo definitivamente, y me voy a emplear a fondo para ganar este año el campeonato con vosotros.

Sujeto 2: Así se habla, muy bien pensado. Desde ahora entrenaremos con más ganas. ¡Entre todos lo conseguiremos!

Escena Segunda: un grupo de jóvenes se encuentran en un polideportivo practicando deporte. En uno de los descansos se agrupan y comienzan a dialogar sobre su forma física.

Entrenador: Tenéis un descanso de cinco minutos.

Sujeto 1: ¡Estoy agotado! No puedo tirar de mi cuerpo. El maldito tabaco me está fastidiando de verdad.

Sujeto 2: No sabía que fumaras. Eso es un mal rollo, no se pueden llevar adelante estos entrenamientos si no se está en buena forma.

Sujeto 3: Pues yo, hace tiempo, también empecé a fumar, pero lo dejé rápido. Prefiero estar en buena forma física que estar con esa porquería de tabaco.

Sujeto 1: Pero si llevo muy poco tiempo y no fumo casi nada. La realidad es que lo noto.

Sujeto 4: Creo que en bien del equipo debes dejarlo totalmente. Este año tenemos que ganar el campeonato, y te necesitamos.

Sujeto 2: Pedro tiene razón, debes tomar una decisión sobre el tabaco, por ti y por nosotros.

Sujeto 1: Estoy de acuerdo. Me voy a preparar a fondo. Dejo de fumar desde este momento. ¡Vamos a entrenar!

Debate:

- ¿Qué se hace durante el tiempo libre?
- Realizar una valoración de las distintas actividades que se realizan durante el tiempo libre:
 - ¿Es divertido, o no?
 - ¿Esas actividades ayudan a ganar amigos, o no?
 - ¿Cuestan mucho o poco dinero?
 - ¿Ayudan a estar más sano, o no?
 - ¿Son peligrosas, o no?

Cuarta Sesión: prevenir el consumo cuando existen problemas personales

Información: contenidos

- ¿Ayudan las drogas a resolver los problemas?
- Ante un problema, ¿qué es lo más sencillo a lo que podemos recurrir? ¿Cuál es la mejor opción?
- Si veis que un amigo tiene un problema, ¿qué le aconsejáis?

Intervención: «role-playing» mediante vídeo y representación de los miembros del grupo implementado.

Escena Primera: Juan ha organizado una fiesta en su casa con un grupo de amigos del instituto. Ha preparado algunas bebidas sin alcohol, ya que Juan es un gran deportista y nunca consume alcohol.

Juan: ¡Hola! Espero que lo pasemos bien. Tenemos bebidas y buena música. Todos a bailar.

Alberto: (Presenta una profunda cara de tristeza, que expresa un grave problema personal). Oye, Paco ¿no tiene Juan ninguna bebida con alcohol? ¡Esto es un asco, tío! Voy a buscar una «litrona» a la calle.

Paco: ¿Qué te pasa Alberto? Te veo cara de «cabreo». ¿Tienes algún problema serio, verdad?

Alberto: Sí, tío. Muy serio, y prefiero no hablar de él. Voy a emborracharme y a olvidar.

Paco: ¡«Jo» macho! Lo tienes claro. Si piensas que emborrachándote vas a solucionar el problema. Te propongo que me sigas y verás como olvidas. (Lo toma por el hombro y se acercan a un grupo de chicas). ¡Hola tías!, ¿bailamos a toda máquina; qué os parece?

Chicas: De acuerdo. ¡A tope! (Bailan).

En OFF (la actitud de Alberto va cambiando poco a poco, y se ve cómo habla con una de las chicas muy apasionadamente).

Debate

- Recordar alguna situación problemática personal:
 - ¿Recurrísteis a algún tipo de consumo?
 - ¿Se solucionó el problema? ¿Continuó? ¿Empeoró?
 - ¿Qué se puede hacer, como alternativa/s al consumo de cualquier droga, para afrontar un problema?

Quinta Sesión: romper el estereotipo de líder consumidor

Información: contenidos:

- Abordar el funcionamiento de un grupo:
 - El líder.
 - La toma de decisiones del grupo.
 - La presión del grupo sobre el líder y viceversa.
- También es líder quien maneja la información sin necesidad de ser consumidor o explorador del consumo (por ejemplo: el líder es el que más sabe, no por probar, sino por documentarse).
- Cuando el líder no *gana*, se frustra menos y acata la decisión de la mayoría.

Intervención: «role-playing» mediante vídeo y representación de los miembros del grupo implementado.

Escena Primera: un grupo de amigos se encuentra reunido en un parque. Han decidido ir un poco más tarde a la discoteca a bailar.

Líder: Yo creo que debemos ponernos a tono para esta tarde. Lo vamos a pasar de muerte.

Sujeto 1: ¿Y qué se te ocurre para ponernos a tono?

Líder: Tomarnos unas cuantas copas cada uno, y entrar en la disco medio colocados.

Sujeto 2: Yo paso «tío». Me divierto mucho más cuando no bebo. De esa forma siempre sé lo que hago.

Sujeto 3: Yo estoy contigo (a sujeto 2).

Sujeto 4: De acuerdo, pues vamos caminando hacia la discoteca y ¡a bailar como locos!

Escena Segunda: un grupo de amigos se encuentra reunido en un parque. Han decidido ir un poco más tarde a la discoteca a bailar.

NOTA: se realiza un intercambio de papeles entre los diferentes actores que han participado en la escena anterior. Los partidarios del consumo pasan a ser contrarios al mismo y viceversa. (Repetir la escena con intercambio de papeles.)

Debate

- Buscar situaciones de grupo y analizar de quién parten las decisiones.
- Reconocer si un líder es el que más sabe o es el más *golfo*.
- No es necesario consumir, ni instigar el consumo, para liderar un grupo.

Sexta Sesión: prevenir el consumo de drogas como instrumento de comunicación

Información: contenidos

- Explicar brevemente qué es la comunicación.
- Desdramatizar el problema de los *tímidos*.
- Dejar bien sentado que ninguna droga favorece realmente la comunicación (*¡ojo con el alcohol: es una trampa!*).

Intervención: «role-playing» mediante vídeo y representación de los miembros del grupo implementado.

Escena Primera: Joaquín es un chico que tiene muy pocos amigos, dado que presenta algún problema de comunicación por exceso de timidez. Nos encontramos en un pub/bar de moda, con música y mucha gente joven. Es la tarde de un sábado.

María: (Se acerca a Joaquín, que se encuentra sólo tomando un combinado de frutas) ¡Hola!, me llamo María. ¿Cuál es tu nombre?

Joaquín: (Muy azorado) ¡Hola! Yo soy Joaquín.

María: Te he visto aquí solo y me he dicho que quizás te gustaría hablar con alguien. ¿Qué bebes?

Joaquín: Un combinado de frutas. ¿Te apetece tomar algo?

María: Voy a tomar lo mismo que tú. Veo que no bebes alcohol. ¡Me parece estupendo!

Joaquín: Sí; ya ves. Es que me sienta muy mal. Prefiero bebidas que no me hagan daño, aunque no estén muy de moda.

María: Yo, a veces, suelo tomar alguna cerveza, pero la verdad es que llevas razón, a mí también me sienta fatal.

Escena Segunda: María es una chica que tiene muy pocos amigos, dado que presenta algún problema de comunicación por exceso de timidez. Nos encontramos en un pub/bar de moda, con música y mucha gente joven. Es la tarde de un sábado.

NOTA: se realiza un intercambio de papeles entre los diferentes actores que han participado en la escena anterior. Los partidarios del consumo, pasan a ser contrarios al mismo y viceversa. (Repetir la escena con cambio de personajes.)

Debate

- Poner ejemplos de cómo comunicarse sin necesidad de consumir nada.
- Fomentar la comunicación por medio del deporte, la música, la cultura, etc.
- Abordar el consumo de productos sanos (agua, zumos, infusiones, etc.) como instrumentos de comunicación.

Séptima Sesión: prevenir la rebeldía y la sensación de libertad con el consumo de drogas

Información: contenidos

- Incidir en el punto de que la libertad es inversamente proporcional al consumo de cualquier sustancia adictiva.
- Abordar de nuevo el mito del control. Poner ejemplos de pérdida de control con pérdida de libertad.
- Explicar qué son las modas, quiénes las fomentan. Hablar sobre el consumo y la necesidad de ser rebeldes pero ante el consumo indiscriminado y engañoso, y ser consecuentes con unos principios y criterios personales que se encaminen hacia la verdadera libertad.

Intervención: «role-playing» mediante vídeo y representación de los miembros del grupo implementado.

Escena Primera: la pandilla de amigos está reunida en una Cafetería de moda, y se encuentran hablando de aspectos de la vida de cada uno, frente a unos refrescos.

Chico 1: La verdad, «tíos», es que me siento mucho mejor cuando me tomo unas cervezas.

Chica 1: Eso me parece una cuestión de moda.

Chico 2: Yo creo que si sigues la moda a tope, eres menos libre. La libertad para mí se encuentra en ser uno mismo y respetar a los demás.

Chico 3: Pero ¡qué bien hablas, Juan! Estoy de acuerdo contigo, no hay que ser un «borrego» y hacer lo que hacen los demás.

Chico 1: Oye, yo no me siento un borrego. Hago lo que me da la gana, y punto (algo irritado). Por eso bebo cerveza y fumo cuando quiero.

Chica 2: Pues yo también estoy con Juan. De todas formas, tenemos muchas posibilidades a la hora de elegir. Aquí en el bar he podido beber cerveza o cualquier otra cosa, y he pedido un refresco.

Escena Segunda: la pandilla de amigos está reunida en una Cafetería de moda y se encuentran hablando de aspectos de la vida de cada uno, frente a unos refrescos.

Chica 1: Hay que reconocer que se está muy a gusto en compañía de los amigos. Pero parece que a veces no es suficiente y tenemos que estar en compañía de una copa.

Chico 1: A mí concretamente no me ocurre eso. Yo prefiero tomar bebidas sin alcohol.

Chica 2: Estoy segura de que se hace por intentar ser un poco más libre.

Chico 2: ¡No sé que tiene de libre estar atado al alcohol!

Chica 1: Eso es lo que podemos pensar, aunque estemos equivocados.

Chico 3: Yo estoy de acuerdo en eso. Prefiero una buena compañía y beber lo que me apetezca que estar atado a una moda.

Debate

- Intentar pulsar la opinión de todos sobre qué es libertad para ellos y cómo la pueden conseguir.
- Explicar si en alguna ocasión se han sentido presos de alguna cosa o persona.
- Decir qué entienden por moda. Analizar las modas actuales.
- Intentar que algún miembro del grupo cuente si ha perdido el control en alguna ocasión, qué sintió.

Octava Sesión: prevenir la desinformación

Información: contenidos

- Explicar qué significa estar bien informado, y sobre todo la importancia que tiene la información.

- * Diferenciar entre información y desinformación (calidad de la información).
- Ejemplificar con los mitos habituales de la desinformación sobre drogas (por ejemplo: que el alcohol calienta; que abre el apetito, etc.).
- Incidir en el tema de las cantidades de drogas, dado que se puede seguir en la creencia de que a pequeñas dosis nada daña y/o incluso beneficia.

Intervención: «role-playing» mediante vídeo y representación de los miembros del grupo implementado.

Escena Primera: un grupo de amigos está reunido en un parque público, o cualquier otro lugar, y se disponen a fumarse un porro.

Chico 1: Voy a liar un canuto. He conseguido quitarle un poco de «chocolate» a mi hermano sin que lo notara.

Chico 2: ¿Es verdad que eso no perjudica?

Chica 1: ¡Pues claro que no! Es mucho peor tomarte un «cubata».

Chica 2: Estáis equivocados, el porro perjudica tanto o más que un «cubata». De hecho ninguna de esas cosas es sana.

Chico 3: Es cierto, a mí me han explicado en el Instituto que el porro, poco a poco, te impide ser tú mismo.

Chico 2: Yo paso de eso tío. Prefiero mantenerme en plena forma.

Chico 1: Pero, hombre, pruébalo por lo menos para saber qué pasa.

Chico 2: No me hace falta. Lo importante es saber las consecuencias de las cosas, y eso no tiene unas consecuencias que me atraigan.

Debate

- Incidir en la idea de que no es necesario probar las drogas para saber qué son. Por medio de una buena información se pueden conocer sin ningún tipo de riesgo.
- Extraer la calidad de la información sobre drogas del grupo.
- Fomentar la lectura sobre temas relacionados que puedan aumentar la información sobre el tema.

6. CONCLUSIONES DE LA INTERVENCIÓN

La prevención de la drogodependencia constituye uno de los ejes del bienestar, objetivo sobre el que venimos instalando todo el edificio de la intervención psicosocial (véase epígrafe 1.3. del Capítulo de Amalio Blanco y Sergi Valera). Pero es necesario ser conscientes de que esta tarea pasa por una gran cantidad de variables que influyen en su desarrollo y eficacia final, y que por ello es necesario ir «aislando» componentes de la misma y, de alguna manera, conseguir conocer su eficacia y «potencialidad» dentro de un desarrollo programático preventivo posterior.

La información como estrategia de prevención es universalmente utilizada en contextos de salud, aunque debemos ser conscientes en todo momento de que puede conllevar elementos «contrapreventivos» dependiendo del tipo de información que se suministra conjuntamente con otras medidas preventivas. Autores como Sierra (1981) mencionan este hecho como errores en la elaboración o aplicación de una campaña preventiva, aduciendo que se puede «confundir un componente de la prevención, como puede ser la información, con un auténtico programa» (Sierra, 1981, p. 535). De ahí que valoremos la información como un elemento imprescindible de la prevención pero siempre integrado en un paquete de técnicas suficientemente contrastadas y nunca en solitario.

Por otra parte, las declaraciones de la UNESCO (1980), en sus conclusiones de la reunión de expertos sobre la coordinación de la educación escolar y extraescolar relativas a los problemas relacionados con las drogas, aseguraban que el miedo no se puede utilizar como una técnica en la educación sobre drogas, dado que un gran número de investigaciones han señalado que los programas de prevención basados en esta técnica carecían de eficacia. No obstante, algunas investigaciones aducen falta de investigación mediante la técnica de recurso al miedo, y otras concluyen resultados favorables (Eppright *et al.*, 2002; Ordoñana y Gómez, 2002). La realidad es que una gran cantidad de «campañas informativas» sobre drogas se basan en técnicas de inducir temor, al margen de evaluaciones sobre los efectos que pueden tener.

En nuestra implementación podemos comprobar que la intervención mediante técnicas persuasivas de recurso al miedo experimenta cambios significativos sobre todo en lo que se refiere a la medida inmediatamente después de la intervención, por lo que podemos atribuir este hecho al impacto que provoca esta técnica, comprobándose un descenso en la medida a largo plazo. En cambio, constatamos que no genera cambios significativos en las actitudes de los sujetos intervenidos; en ninguna de las evaluaciones hacia los objetos de actitud (tabaco, alcohol y otras drogas) se observan cambios significativos.

En cuanto a la intervención mediante las técnicas de «role-playing» en vivo y mediante vídeo, encontramos un aumento significativo en los niveles de información, tanto en su cantidad como en su calidad. En referencia a las actitudes, las refuerza de manera significativa en línea con el mantenimiento de conductas saludables respecto al alcohol y otras drogas, pero no consigue esos mismos efectos respecto al alcohol.

La intervención mediante la técnica de resolución de problemas consigue aumentar de forma gradual y significativa la información, lo que nos indica claramente su alta eficacia para mejorar la información sobre el tabaco, el alcohol y otras drogas. En cambio, no es eficaz para mejorar las actitudes hacia ninguna de las sustancias trabajadas: tabaco, alcohol y otras drogas.

Podemos concluir que para mejorar la información podemos emplear cualquiera de las técnicas descritas. La más poderosa como impacto inmediato es recurso al miedo. Las más estables y consistentes en el tiempo en cuanto a la calidad de la información son las técnicas de role-playing en vídeo y en vivo y en las de resolución de problemas. Para que las actitudes sean favorables al mantenimiento de la salud, tendríamos que emplear las técnicas de role-playing en vídeo y en vivo, aunque sabemos que son menos potentes en el caso del alcohol. Posiblemente esto se puede atribuir a que esta sustancia tiene una mayor permisividad social, una percepción de riesgo menor y una mayor disponibilidad. A ello cabe añadir una menor incidencia en los efectos perniciosos del alcohol en cuanto a la publicidad de los productos que lo contienen (por ejemplo no llevan ningún aviso de que puede perjudicar seriamente a la salud).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Botvin, G. J. y Botvin, E. M. (1993). Adicción juvenil a las drogas: Estrategias de prevención, hallazgos empíricos y temas de valoración. En J. A. García-Rodríguez y J. Ruiz (Eds.), *Tratado sobre prevención de las drogodependencias* (p. 17-36). Bilbao: Edex.
- Brickman, P., Rabinowitz, V. C., Karliza, J., Coates, D. y Cohn, E. (1982). Models of helping and coping. *American Psychologist*, 34, 368-384.
- Bukoski, W. (1995). Un marco de trabajo para la investigación en prevención del abuso de drogas. En C.E.P.S. (Comp.), *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos* (p. 11-32). Madrid: C.E.P.S.
- Eppright, D. R., Hunt, J. B., Tanner Jr., J. F., Franke, G. R. (2002). Fear, Coping, and Information: A Pilot Study on Motivating a Healthy Response. *Health Marketing Quarterly* 20, 51-73.
- García-Rodríguez, J. A. (1993). Modelo multivariado de prevención de drogas. En J. A. García Rodríguez y J. Ruiz (Comps.), *Tratado sobre prevención de drogodependencias* (p. 167-196). Madrid: FAD; Gobierno Vasco y EDEX.
- García-Rodríguez, J. A. (1997). La utopía de la salud. *Centro de Información y Documentación de Drogodependencias del País Vasco*, 40, (p 1).
- García-Rodríguez, J. A. y López, C. (1994). *Información y consumo de drogas: Escolares y padres de la Comunidad de Ibi*. Alcoy: Ayuntamiento de Ibi.
- García-Rodríguez, J. A. y López, C. (1998). Consideraciones metodológicas acerca de la prevención de las drogodependencias. En J. A. García-Rodríguez y C. López (Comps.), *Nuevas aportaciones a la prevención de las drogodependencias* (p. 19-44). Madrid: Síntesis.
- García-Rodríguez, J. A. y López, C. (2001). Medida de las actitudes en la prevención de las drogodependencias: el alcohol. En J. A. García-Rodríguez y C. López (Eds.), *Manual de estudios sobre alcohol* (p. 25-42). Madrid: EDAF.
- García-Rodríguez, J. A. y López, C. (Comps.) (2001). *Manual de estudios sobre alcohol*. Madrid: EDAF.
- García-Rodríguez, J. A., López, C., Estévez, C. y Lloret, D. (1999). *Evaluación de programas de prevención en la ciudad de Alicante*. (Documento inédito).
- Gilchrist, L. D. (1995). Definición de la intervención y de la población diana. En C.E.P.S. (Ed.), *Estudios sobre investigaciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos* (p. 109-120). Madrid: C.E.P.S.
- Graña, J. L. y García Álvarez, A. (1994). Teorías explicativas de las drogodependencias. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas* (p. 47-98). Madrid: Debate.
- Harptup, W. (1983). Children and their friends. En I. P. Mussen, y E. M. Hetherington (Eds.), *Chalmichael's manual of child psychology* (257-279). New York: Wiley.
- Herbert, M. (1983). *Trastornos de conducta en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Paidós.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M., y Kivlahan, D. R. (1988). Addictive behaviors: Etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, 39, 223-252.
- Mayor, J. (1998). Hacia un modelo de prevención en drogodependencias. En J. A. García-Rodríguez y C. López (Eds.), *Nuevas aportaciones a la prevención de las drogodependencias* (p. 45-72). Madrid: Síntesis.
- Ordoñana, J. R. y Gómez, J. (2002). Amenaza y persuasión en mensajes de salud sobre consumo de alcohol de la teoría a la práctica. *Revista Adicciones*, 14, 479-485.
- Osborn, A. F. (1963). *Applied imagination*. New York: Scribner's.
- Pastor, M. A. (1988). *Personalidad y adicción a la heroína. Análisis de la búsqueda de sensaciones*. Tesina. Alicante: Universidad de Alicante.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. Londres: Oxford University Press.

- Peele, S. (1980). *The meaning of addiction. Compulsive experience and its interpretations*. Lexington: Lexington Books.
- Robins, L. N. y Przybeck, T. P. (1985). Age of onset of drug use as a factor in drug and other disorders. En C. L. Jones and R.J. Battjes (Eds.), *Etiology of drug abuse: implications for prevention* (p. 178-192). NIDA, 56. DMHS (ADM): 87-1335. Washington: Supt. Of Docs., U.S.Gov. Print Office: 178-192.
- Rodríguez Marín, J. (1998). La funcionalidad de la teoría de la conducta planeada en la predicción de las conductas adictivas. En J. A. García-Rodríguez y C. López (Eds.), *Nuevas aportaciones a la prevención de las drogodependencias* (p. 73-84). Madrid: Síntesis.
- Shaffer, H. y Burglass, M. E. (1981). *Classic contributions in the addictions*. New York: Brunner/Mazel.
- Sierra, E. (1981). Prevención sanitaria y social de las toxicomanías por drogas institucionalizadas. En F. Freixa y P. A. Insa (Coords.), *Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario* (525-602). Barcelona: Fontanella.
- UNESCO (1980). *Las tendencias del consumo de drogas y la educación preventiva en los países industrializados*. Reunión de expertos sobre coordinación de la salud escolar y extraescolar relativas a los problemas relacionados con el uso de drogas. París: UNESCO.
- Vallés, A. (1997). *Padres, hijos y drogas*. Valencia: Dirección General de Drogodependencias. Generalitat Valenciana.
- Wikler, A. (1965). Conditioning factors in opiate addiction and relapse. En D.I. Wilner y G.G. Kassebaum (Eds.), *Narcotics* (p. 143-169). New York: McGraw-Hill.
- Wikler, A. (1980). *Opioid dependence: mechanisms nad treatment*. New York: Plenum Press.

CAPÍTULO 14

Las catástrofes tienen rostro humano. Apoyo psicosocial en tiempos de vulnerabilidad

Sol Yáñez

*Queridos filósofos,
queridos sociólogos progresistas,
queridos psicólogos sociales:
no jodan tanto con la enajenación
aquí donde lo más jodido
es la nación ajena.*

Roque Dalton: Poemas clandestinos



COMPENDIO DEL CAPÍTULO

Este capítulo se sostiene sobre dos conceptos clave: el apoyo psicosocial y las catástrofes, y recorre el camino de compartir la experiencia de acompañamiento psicosocial a dos comunidades víctimas de un desastre natural, y víctimas sobre todo de vulnerabilidades socio-políticas y económicas por las que transita su vida. Son las comunidades de Tizapa y San Andrés situadas en el Departamento de Ahuachapán en El Salvador. Este camino tiene las siguientes paradas:

1. Apoyo psicosocial: un compromiso integral
 2. El rostro de las catástrofes
 3. La pobreza, centro social del desastre
 4. Diagnóstico comunitario
 5. Metodología implementada en las comunidades afectadas
 6. Apoyo en la elaboración de emociones y procesos de duelo
 7. Fortalecimiento, identidad y apoyo
 8. Apoyo en la reconstrucción
 9. Algunos aprendizajes
-

1. APOYO PSICOSOCIAL: UN COMPROMISO INTEGRAL

En el Capítulo 11, Enrique Gracia nos ha ofrecido un sólido argumento para contar con el apoyo en la intervención psicosocial: tiene contrastados efectos sobre el bienestar y sobre el ajuste psicosocial de las personas, nos ha dicho. Ahora queremos llevar el apoyo psicosocial a personas situadas dentro de un contexto abrumado por acontecimientos traumáticos provocados por la acción de fenómenos naturales y por las vulnerabilidades que rodean su vida; estas últimas nada tienen de natural. Cuando esos acontecimientos tienen su origen en la naturaleza, hablamos de desastres; cuando son protagonizados intencionalmente por la mano de otros seres humanos, hablamos de atrocidades.

Los acontecimientos traumáticos destruyen los vínculos entre el individuo y la comunidad, destruyen los sistemas de protección habituales que conceden a las personas una sensación de control, de conexión y de significado. Quienes han sobrevivido saben que su sentido de humanidad depende de la sensación de conexión con los demás. La solidaridad de un grupo proporciona la mayor protección contra el terror y la desesperación, y es el antídoto más fuerte contra la experiencia traumática. En el momento del trauma la persona afectada se ve indefensa ante una fuerza abrumadora. El trauma estigmatiza y aísla; el grupo hace de testigo y reafirma que esa persona pertenece a la comunidad, es alguien que tiene un proyecto de vida, no sólo una víctima. El trauma deshumaniza, el grupo le devuelve a la persona su humanidad disolviendo los sentimientos de aislamiento y estigma. Por todas estas razones, la experiencia y el impacto de ser víctima no se agota en las respuestas a escalas e instrumentos que nos invitan a mirar exclusivamente hacia su interior. Las personas que han pasado por experiencias terribles también experimentan el dolor de la desintegración del tejido social que configura su identidad y el sentido de su cotidianidad; también sienten hecho añicos un proyecto de vida en común. No siempre el dolor y la ruptura social tienen cabida ajustada en las categorías clínicas con las que nos manejamos en el trastorno de estrés postraumático.

Los supervivientes a las catástrofes nos retan a que volvamos a juntar los fragmentos, a que se reconstruya su historia y su tejido social. En su testimonio hay un momento en que se recupera el sentido de conexión y de esperanza gracias a las acciones de los otros y a sus propias acciones solidarias. Algo que la víctima pensaba que había quedado destruido —el valor de la solidaridad, la confianza— vuelve a despertarse gracias a la acción del altruismo común. En ese momento la persona queda conectada con otros. Viéndose reflejada en las acciones de su comunidad, la víctima reconoce y reclama una parte perdida de sí misma, su solidaridad, su fortaleza, su esperanza. La restitución de los vínculos sociales comienza con el descubrimiento de que no se está solo. Esta experiencia nunca es tan inmediata, poderosa o convincente como dentro de un grupo, de una comunidad. Cuando los grupos desarrollan una cohesión, una intimidad y una confianza tiene lugar un complejo proceso de reflexión en el espejo: comparten lo mismo (Yáñez, 2002). A medida que cada participante se abre a los demás, se vuelve más capaz de recibir lo que otros le ofrecen. Sentirse igual a otras personas encierra dentro de sí todo el significado de la palabra *común*. Esto significa pertenecer, tomar parte de lo rutinario, de lo diario, de lo compartido. El superviviente que alcanza la sensación de comunidad, que recupera el sentimiento de pertenencia y de integración social puede completar su recuperación y reanudar su proyecto de vida.

Y por ello trabajar con y desde la comunidad, trabajar en la cohesión y la restitución de la «normalidad» en el grupo después de un impacto traumático nos ayuda a restaurar las conexiones, a recuperar lazos, a volver a trazar vínculos humanos y por ende comunitarios. Intervenir, se ha dicho en el epígrafe 5 del Capítulo 1, es alterar un determinado orden de cosas. Ahora podemos concretar: intervenir es también recuperar el marco y el contenido de las relaciones sociales. No solamente es importante la reconstrucción material, sino la reconstrucción social en todos sus aspectos: salud, educación, transporte, etc. Martín Baró, (sacerdote jesuita del Departamento de Psicología de la Universidad Centroamérica —UCA— de El Salvador, autor prolífico hasta su asesinato a manos de militares salvadoreños el 16 de noviembre de 1989) nos ofrece dos argumentos soberanos para manejarnos dentro del marco de un apoyo psicosocial que concibe el bienestar y el sujeto que lo protagoniza dentro de un contexto. El primero hace referencia al propio concepto de salud mental:

Si la especificidad de los seres humanos reside menos en su dotación para la vida (es decir, en su organismo) y más en el carácter de la vida que se construye históricamente, la salud mental deja de ser un problema terminal para convertirse en un problema fundante. No se trata de un funcionamiento satisfactorio del individuo; se trata del carácter básico de las relaciones humanas que define las posibilidades de humanización que se abren para los miembros de cada sociedad y grupo. En términos más directos, la salud mental constituye una dimensión de las relaciones entre las personas y grupos más que un estado individual, aunque esa dimensión se enraíce de manera diferente en el organismo de cada uno de los individuos involucrados en esas relaciones, produciendo diversas manifestaciones («síntomas») y estados («síndromes») (Martín-Baró, 2003, p. 335-336).

El segundo de los argumentos viene a reforzar la importancia de las relaciones sociales en la intervención psicosocial:

Sin duda, el efecto más deletéreo de la guerra en la salud mental del pueblo salvadoreño hay que buscarlo en el socavamiento de las relaciones sociales, que es el andamiaje donde nos construimos históricamente como personas y como comunidad humana. Aflora o no en trastornos individuales, el deterioro de la convivencia social es ya, en sí mismo, un grave trastorno social, un empeoramiento en nuestra capacidad colectiva de trabajar y amar, de afirmar nuestra peculiar identidad en la historia de los pueblos (Martín-Baró, 2003, p. 343).

Por estas dos razones al menos es por lo que el trauma, tanto el procedente de la acción de la naturaleza como el intencionadamente perpetrado por el ser humano, no puede ser más que un *trauma psicosocial*, es decir, un trauma que se enraíza dentro de un determinado contexto histórico, vale decir, que tiene raíces sociales y afecta no sólo a personas particulares, sino a grupos y comunidades enteras, y que es la consecuencia de una estructura (social, política, económica) anormal.

2. EL ROSTRO DE LAS CATÁSTROFES

Hace poco menos de seis años, la región centroamericana se enfrentó a uno de los peores huracanes en su historia. María Santacruz y Miguel Cruz relatan cómo el huracán Mitch devastó grandes sectores de población generando cuantiosas pérdidas materiales y humanas. Esta catástrofe no sólo puso al descubierto el estado de vulnerabilidad en el que vive la población en términos de escasez de recursos económicos, psicosociales y comunitarios de los que se pudiera echar mano para enfrentar el desastre, sino también la ineficacia y escasa preparación institucional en materia de políticas de prevención y atención a la población afectada. Tiempo después, cuando se suponía que los destrozos económicos, políticos y sobre todo humanos que el huracán Mitch visibilizó hubieran contribuido al diseño, elaboración e implementación de políticas de prevención, intervención inmediata y reconstrucción, sobrevienen dos fuertes terremotos, el del 13 de enero y 13 de febrero del 2001. El primero, de 7.6 grados en la escala de Richter, sacudió a El Salvador provocando aproximadamente 844 personas fallecidas y 4.723 heridas. Pocos días más tarde, el 26 de enero, al otro lado del mundo, fue el turno en Gujarat, en la India: un sismo de 7.7 provocó la muerte de más de 30.000 personas. Poco después, el 28 de febrero, un sismo de 6.8 sacudió la ciudad de Seattle, en los Estados Unidos donde murió una persona. Siguieron, como todos sabemos, el Tsumami (India) y apenas hace un año el Huracán Katrina (Nueva Orleans), ambos con miles de víctimas.

No es necesario seguir desgranando una lista obscena de muertos para imaginarse que tras las catástrofes hay pánico, miedos y temores colectivos, estrés, amenaza generalizada, tensión compartida, etc. Todos estos son, por cierto, términos que diversos autores, desde la clásica propuesta de John Lofland, han manejado a la

hora de hacer una aproximación conceptual a las catástrofes. El Diccionario de la Real Academia las considera, en esta misma línea, como «un suceso infausto que altera gravemente el orden regular de las cosas» y a resultas del cual, según el «María Moliner», sobreviene la sensación de «hundirse el mundo». Como acertadamente señala Andrew Baum (1986), las catástrofes se definen por el daño y la destrucción que acarrearán, por su intensidad, por su duración y por el número de personas a las que afecta. No es decir mucho, pero es casi todo lo que se puede decir, entre otras cosas porque lo más importante en estos casos no es decir, sino hacer, actuar después del suceso «infausto», y sobre todo antes. Ya lo había propuesto Martín-Baró: cuando hablamos de trauma resulta imprescindible prestar la máxima atención a las condiciones pre-traumáticas, algo que los enfoques clínicos parecen haber obviado.

En su acepción etimológica, desastre hace referencia a haber sido abandonado por los hados. Raphael (1986) utiliza el término para denotar situaciones y circunstancias generalmente desbordantes que ponen a prueba las respuestas adaptativas de individuos particulares o de una comunidad entera y conducen (por lo menos temporalmente) a una brusca interrupción y a un grave trastorno en el funcionamiento individual y comunitario. A pesar de que no existe una definición consensuada, hay sin embargo un acuerdo generalizado en algunos aspectos y características comunes que se recogen en el Cuadro 14.1 y que permiten que el lector pueda elaborar fácilmente una definición sumativa:

CUADRO 14.1. LOS RASGOS DEFINITORIOS DE LOS DESASTRES

- Acontecimiento repentino.
- Escasa o nula capacidad de control institucional o colectivo.
- Acontecimiento devastador en lo personal (riesgo de perder la vida y propiedades) y en lo social.
- Perturbación o destrucción de la vida social y comunitaria.
- Impacto psicológico.

La intervención que vamos a describir en este capítulo se inscribe en el marco de las consecuencias psicológicas que siguen a un acontecimiento rodeado de estas características. El DSM-III de manera tímida, y el DSM-IV con algo más de contundencia han inscrito los desastres naturales dentro de los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés postraumático que, como es de sobra conocido, se concreta en síntomas de *reexperimentación*, es decir en recuerdos y sueños recurrentes del acontecimiento; en síntomas de *evitación* y en síntomas de *activación*, por ejemplo dificultades para conciliar el sueño, dificultades para concentrarse, irritabilidad. Es importante señalar que no todas las personas experimentan estrés post-traumático después de un desastre; hay un amplio abanico de posibilidades, tantas como formas de afrontamiento individual y colectivo, características personales y contextuales en las que queda insertado el acontecimiento.

3. LA POBREZA, CENTRO SOCIAL DEL DESASTRE

Rescatemos un detalle del epígrafe anterior: en el terremoto que sacudió la ciudad de Seattle (Estados Unidos) murió una anciana de un ataque al corazón. La diferencia abismal entre las consecuencias de acontecimientos parecidos en cuanto a su naturaleza e intensidad (el terremoto de Seattle y el de El Salvador, por ejemplo) la definió de un trazo certero el teólogo Jon Sobrino (2003, p. 30): «los deslaves y derrumbes han soterrado personas y viviendas —esta vez también casitas sencillas de clase media-, pero siempre soterran a los pobres, porque muchas veces sólo en esas inhóspitas laderas, no en tierra llana y fértil, encuentran lugar

para sembrar... El terremoto no es, pues, sólo una tragedia, sino que es también la radiografía del país»; es la tragedia de los pobres. Tampoco las catástrofes y los desastres naturales pueden ser definidos en el vacío; pasan por el tamiz de la vulnerabilidad, un constructo multifacético en el que entran en juego factores físicos derivados de la naturaleza del fenómeno propiamente dicho, factores sociales que tienen que ver con el conjunto de relaciones, comportamientos, creencias y formas de organización; factores económicos, como la falta de recursos de los miembros de la comunidad (la pobreza que los obliga a invadir zonas de amenazas o construir sin la técnica y los materiales adecuados); factores ambientales como la deforestación, el mal uso del suelo, la ubicación física de los asentamientos, etc., y factores políticos como los niveles de autonomía de que dispone la comunidad para tomar libremente sus decisiones, influir sobre las decisiones que le afectan, capacidad de gestión, y otros factores referidos a las políticas de Estado en materia de prevención, apoyo y reconstrucción. Todos ellos en conjunto construyen unas condiciones de vulnerabilidad que definen situaciones de riesgo. Vulnerabilidad, riesgo y situaciones de desastres o catástrofes colectivas son procesos que están interrelacionados (Corraliza y Martín, 2001).

El marco en el que nos instalamos parte del supuesto de que los riesgos a los que está sometida la población no residen, ni sólo ni principalmente, en las características de los fenómenos en sí, sino en el tipo y tendencia de modelo de desarrollo socioeconómico que se ha implementado. Cuando se produce una catástrofe sus efectos se multiplican más allá de la magnitud del hecho. Es por ello por lo que podemos decir que los desastres no son naturales, sino que responden a la manifestación de los actores y riesgos no manejados en los que confluyen amenazas (naturales o antrópicas) y vulnerabilidades de distinta índole cuyas consecuencias atraviesan todas las esferas de la vida social y personal de quienes la viven. El riesgo de sufrir un desastre depende no sólo de la magnitud de la amenaza natural, sino de la vulnerabilidad de la sociedad expuesta a la amenaza, tal y como se refleja en la fórmula que proponemos a continuación (Saavedra 1996; *cit.* en Martín Beristain 2001, p.107)

$$\text{Riesgo} = \text{Probabilidad del fenómeno} \times \text{Vulnerabilidad Social}$$

$$\text{Vulnerabilidad} = \frac{\text{Fragilidad} \times \text{Exposición}}{\text{Recuperación}}$$

Ha pasado ya el tiempo en el que la vulnerabilidad se entendía como producto de la naturaleza del propio fenómeno. Durante las últimas décadas (Hewit, 1983; Maskrey, 1993; Wilches-Chaux, 1989, por mencionar sólo algunos) esta interpretación ha ido cambiando hacia un modelo cuya pregunta central no reside en analizar la fuerza desplegada por la naturaleza, sino en auscultar por qué las sociedades devienen vulnerables a las amenazas, y lo hacen de manera tan claramente diferenciada. El Cuadro 14.2. nos ofrece algunas claves: la vulnerabilidad (expresada ya como una característica de la economía política) se convierte en factor activo de la fórmula. A ello cabe añadir con Saavedra, (*cit.* en Martín Beristain 2001), la capacidad de recuperación. Este es el marco en el que se debe instalar la intervención: no puede haber soluciones comunes a realidades diversas de las que emergen necesidades que, en cierta medida, son también distintas. El fracaso de muchos programas de intervención es debido precisamente a la aplicación de soluciones estandarizadas a realidades diversas (Maskrey, 1993).

El acontecimiento que define nuestra intervención es el deslave, ocasionado por fuertes e intensas lluvias, del Chichicastepec, un cerro ubicado en el Municipio de Apaneca en el Departamento de Ahuachapán (El Salvador), dos de cuyas comunidades, San Andrés y Tizapa, quedaron severamente afectadas el 8 de julio de 2005. Ahuachapán es una zona rural situada en la parte occidental del territorio salvadoreño con un elevado índice de pobreza, escaso poder adquisitivo, pobre dieta alimentaria, vivienda precaria, escaso acceso a servicios de salud, educación y recreación, así como escasa participación ciudadana y pobre organización social, elementos todos ellos de gran relevancia para el bienestar y que dejan expedito el camino hacia la vulnerabilidad.

CUADRO 14.2. RIESGO, AMENAZA Y VULNERABILIDAD

CONCEPTO	DEFINICIÓN
Riesgo	Es la probabilidad de que ocurra un fenómeno y el nivel de impacto que supondría. Es dinámico y no siempre es percibido de igual manera en la comunidad.
Amenaza	Cualquier evento que pueda causar un riesgo importante causado por la naturaleza, los seres humanos o ambos y que podría causar pérdidas humanas o materiales. Naturales: se originan en la transformación propia del planeta. Socio-Naturales: fenómenos naturales que a causa de la intervención humana causan pérdidas. Antrópicas: atribuibles a la acción humana sobre elementos de la naturaleza que ponen en peligro la integridad física o la calidad de vida de las comunidades. Políticas: procedentes de la falta de previsión y prevención institucional.
Vulnerabilidad	Hablamos de vulnerabilidad cuando la comunidad está expuesta a un fenómeno reconocido como amenaza y no se cuenta con la capacidad para recuperarse de sus posibles efectos. Es la susceptibilidad a sufrir un daño. Ambiental: relacionada con la manera que el ser humano explota los recursos naturales de su alrededor debilitando el medio ambiente. Económica: ausencia de recursos por parte de los miembros de la comunidad, así como la mala utilización de los recursos disponibles por parte de las entidades responsables. Física: ubicación física de los asentamientos y calidad de materiales con los que se construyen las casas. Social: conjunto de relaciones, comportamientos, creencias y manera de actuar de las comunidades que los hacen más o menos vulnerables. Política: niveles de autonomía que posee la comunidad para tomar o influir sobre las decisiones que les afectan y su capacidad de gestión. Institucional: obstáculos formales (burocracia, corrupción) que impiden una rápida respuesta de las instituciones en caso de desastre. Organizacional: capacidad para organizarse y establecer en su interior lazos de solidaridad mutua, así como la representatividad y legitimidad de sus líderes.

Cuando ocurrió el deslave, las comunidades de San Andrés y Tizapa se pusieron en contacto con la Universidad Centroamericana (UCA) a través de ONG,s de la zona. En ese momento se estaba impartiendo en la universidad un curso de posgrado en Catástrofes y Violencia. El equipo multidisciplinario que asume la tarea de apoyo psicosocial de las comunidades se conforma con estudiantes de este curso y una profesora del mismo. Completan el equipo seis psicólogos, un médico, dos ingenieras y un profesor de Bachillerato.

4. DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

El primer paso en la actuación consistió en el desarrollo de un diagnóstico comunitario partiendo de un foro permanente de reflexión y análisis por parte de la colectividad. Dicho diagnóstico ofreció pautas para reconocer las necesidades que la comunidad percibía como sus problemas más relevantes (necesidades sentidas) y analizar las necesidades reales que causan las necesidades sentidas y que pudieran ser resueltas con la voluntad de la comunidad y los recursos disponibles. No vamos a detenernos sobre el complejo asunto de las necesidades, las sentidas y las reales, porque los dos primeros capítulos lo han abordado de manera pertinente (véase epígrafes 6 del Capítulo 1 y 2.1 del Capítulo 2). En nuestro caso, la elaboración del diagnóstico se desarrolló a partir de las tres dimensiones que definen la naturaleza de las catástrofes:

1. *Dimensión físico-ambiental.* Ubicación geográfica de la comunidad con sus límites territoriales y vías de comunicación, hidrografía, clima y los principales recursos naturales propios de la comunidad.
2. *Dimensión socio-política.* Comprende la población total y desagregada por sexos y edades, sus actores y grupos principales, así como formas de organización política y social.
3. *Dimensión económica-productiva.* En ella se incluyen las actividades y formas de producción y medios de comercialización de la comunidad.

El diagnóstico comunitario se caracterizó por un trabajo de contacto y acercamiento a las personas y líderes comunitarios con el propósito de obtener información del Municipio, datos de la dimensión del desastre y un panorama general de la situación de las comunidades, así como las necesidades provenientes de los relatos de las víctimas. Las diversas reuniones se acompañaron de visitas exploratorias a la zona afectada. En el Cuadro 14.3 queda reflejada la situación de las dos comunidades en las que se llevó a cabo la intervención.

CUADRO 14.3. DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

COMUNIDADES		
Dimensión Físico-Ambiental	Dimensión Social-Política	Dimensión Económico-Productiva
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de agua potable. • Aseo general. • Zona de derrumbes. • Inundaciones. • Deslizamientos de tierra. • Casas ubicadas en las faldas del cerro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de atención en salud y medicinas. • Falta de organización comunitaria. • Pobreza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pobreza. Falta de viviendas dignas y propias. • Ausencia de escrituras de sus tierras. • Falta de empleo digno.
PROPUESTAS CON LA COMUNIDAD		
<ul style="list-style-type: none"> • Formación de comités (aseo y limpieza, salud, seguridad, etc.). • Estrategias de organización. • Permanecer unidos. • Tomar medidas sobre el manejo de recursos. • Manejo adecuado de los siguientes riesgos: basureros, animales sueltos, árboles cortados, zona de deslave. 		

Es importante reconocer y visibilizar los recursos disponibles en la comunidad, tanto los humanos, los institucionales y los materiales, como los de transporte y comunicación como factor de fortalecimiento y sostenibilidad para la fase de reconstrucción. Para ello se hizo un inventario de recursos a fin de detectar las necesidades y fortalezas de la comunidad (Cuadro 14.4) con la ayuda de una matriz en la que quedó trazado un mapa de recursos comunitarios.

Si nos detenemos en los cuadros 14.3 y 14.4, podemos observar que a pesar de disponer de un listado de recursos de los que podría haber echado mano para cubrir las necesidades, en el momento del desastre no se pudo contar con ellos por una precaria política interinstitucional. En cuanto a los recursos humanos sólo se pudo disponer de aquellos que las instituciones facilitaron; la mayor parte de la emergencia se cubrió con la ayuda de ONG,s que trabajaban en la zona. La comunidad no carecía de recursos mínimos, sino de una abrumadora falta de coordinación institucional y de una red de apoyo.

Para formular cualquier plan, hay que entender lo que aconteció y lo que está por derivarse de esos acontecimientos. Una adecuada planificación demanda una serie de objetivos alrededor de los cuales se pueda

CUADRO 14.4. RECURSOS COMUNITARIOS	
HUMANOS	INSTITUCIONALES
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeros/as • Doctores/as • Promotores de Salud • Directivos/as • Maestros/as • Líderes religiosos • Partero/a • Carpintero/ra • Albañiles 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de Salud • Escuela • Alcaldía Municipal • Iglesias • Policía Nacional Civil (PNC) • ONG,s
MATERIALES	TRANSPORTE Y COMUNICACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Palas • Machetes • Escaleras • Hachas • Lazos • Lámparas • Tiendas • Farmacias • Talleres 	<ul style="list-style-type: none"> • Vehículos • Motos • Bicicletas • Teléfonos (casa, portátiles) • Radios • Megáfonos • Camino vecinal

organizar el proyecto de reconstrucción. Como oportunamente nos han recordado en el Capítulo 2, antes de iniciar una intervención «estableceremos y determinaremos objetivos y los analizaremos críticamente y con realismo». A partir del diagnóstico comunitario se procedió, pues, a trazar un plan de acción concretado en los siguientes objetivos:

Objetivo General

Propiciar la participación de diversos actores de la comunidad para promover la integridad física y salud mental de las personas, así como el fortalecimiento de las redes sociales a través de estrategias que busquen la dignificación, la reducción de factores estresantes y el afrontamiento de la realidad.

Objetivos Específicos:

- Proveer atención y acompañamiento psicosocial a nivel grupal a las personas propiciando el apoyo mutuo y el fortalecimiento de los recursos comunitarios existentes.
- Promover la coordinación multisectorial y el trabajo interdisciplinario de manera que se visibilicen los recursos existentes y se adopten en el proceso elementos propios de la cultura local.
- Propiciar espacios de encuentro, de trabajo colectivo y de fortalecimiento de redes comunitarias que faciliten la reconstrucción del tejido social.

5. METODOLOGÍA IMPLEMENTADA EN LAS COMUNIDADES AFECTADAS

5.1. Normalización de la situación

Más de mil personas fueron afectadas por el deslave del Chichicastepec. Cerca de 120 familias perdieron sus viviendas, pertenencias personales y en algunos casos a sus familiares: murieron diez personas, cientos de ellas quedaron heridas y mil personas perdieron todo lo que tenían. En este caso la magnitud del impacto no se midió solamente por el número de muertes, sino por la dimensión de pérdida de casas, de tierras y por el desgarramiento del tejido social y comunitario. La situación se agravó cuando vieron que no podían retornar al lugar donde habían residido por treinta años ya que, al no poseer escrituras, las tierras no eran de su propiedad. El dueño les comunicó que ya no les dejaba regresar (ahora es una zona de desarrollo turístico). Esta dolorosa situación hizo que no pudieran volver a reconstruir su hogar de origen, y llevó a los damnificados a refugiarse en albergues temporales sin saber qué iba a pasar con su comunidad. Tras varias reuniones con la Alcaldía y con los líderes comunitarios, los afectados quedaron reubicados en cinco albergues a los que se dotó de una estructura organizativa mínima a cuyo frente se eligió un líder. Como parte de la estrategia de organización de la comunidad se nombraron diferentes Comités en cada uno de los albergues, cada uno encargado de una tarea específica (véase Cuadro 14.5). Los Comités se coordinaban entre sí por medio de reuniones semanales.

La dinámica familiar en los albergues respondía a un patrón muy común: el padre se dedicaba a vigilar la casa que había quedado abandonada en las tierras que tenían que desalojar, ya que allí se hallaba parte de lo que habían conseguido con su trabajo, y además trataba de conseguir algún trabajo temporal. La madre y los niños permanecían en el albergue la mayor parte del tiempo y únicamente se desplazaban cuando les entregaban comida, víveres y ropa. Entretanto, los niños jugaban y los jóvenes acompañaban a las familias y colaboraban en el cuidado de los niños más pequeños. La alimentación era administrada en un primer momento por la Alcaldía de Apaneca. Al mismo tiempo, parte de los hombres ayudaban a la construcción de unas 235 casas provisionales para los refugiados ya que las familias no podían permanecer mucho tiempo en las escuelas interrumpiendo el curso escolar.

En esta fase de acompañamiento una de las tareas realizadas consistió en preparar el traslado y acondicionamiento de los afectados a las 235 «casas en construcción» de lámina y madera de 3 x 4 metros. Era importante realizar el cambio con un acompañamiento y fortalecimiento a la comunidad, lograr que se implicaran en la construcción y traslado ya que es importante que las víctimas recobren cuanto antes la sensación de control sobre sus vidas. En las evaluaciones sobre el impacto de la catástrofe de Armero, Saavedra (1996) describe cómo los psiquiatras que hicieron una evaluación del síndrome de estrés post-traumático encontraron que a los cinco meses de la catástrofe el 50 por ciento de los afectados tenían síntomas compatibles con trastorno, al año y medio ascendía al 67 por ciento y a los dos años al 70 por ciento. En lugar de disminuir, el trastorno aumentaba con el paso del tiempo. En la explicación que dio el equipo de psiquiatras se señalaba «la permanencia de los sobrevivientes en campamentos y carpas durante dos años, lo que significó un cambio completo de cotidianidad, con un efecto dañino en la salud emocional de las personas: vida compartida impuesta, falta de autonomía, cotidianidad convertida en escaparate del mundo, hacinamiento, ruptura de la dinámica familiar, etc.» (Martín Beristain (2001, p. 155). Aunque el cambio a estas casitas no consideramos que fuera el ideal, al menos dejaban una situación de dependencia e invalidez para poder hacerse cargo de su cotidianidad, factor imprescindible para su fortalecimiento, y se les devolvía la intimidad familiar al no estar hacinados en los refugios.

CUADRO 14.5. FUNCIONES DE LOS COMITÉS

COMITÉ	FUNCIONES
Líder Comunitario	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigir la elaboración y ejecución del Plan Local de Emergencias.
Evaluación de daños y análisis de necesidades	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar y supervisar las actividades a realizar en los diferentes comités. • Elaborar el plan de trabajo. • Realizar un censo de la comunidad. • Registrar información acerca de las pérdidas y daños detectados.
Aseo	<ul style="list-style-type: none"> • Velar por el aseo de la comunidad. • Realizar campañas de limpieza. • Gestión de: basureros, recipientes, plantas, etc.
Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un plan de trabajo. • Brindar primeros auxilios. • Rescate de personas atrapadas o lesionadas. • Velar por el mantenimiento del botiquín de la comunidad.
Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un plan de trabajo. • Observar el comportamiento de la amenaza que tiene la comunidad. • Establecer un sistema de alerta y dar a conocer los códigos para avisar cuando hay peligro (campanas, silbato, megáfono). • Proteger los bienes de la comunidad (evitar robos).
Información	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un plan de trabajo. • Convocar a reuniones periódicas con los Comités. • Coordinar con las otras Comisiones las actividades a realizarse. • Informar al líder comunitario las acciones realizadas. • Dar a conocer a la comunidad las actividades realizadas.
Albergue Temporal	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un plan de trabajo. • Identificar los edificios que puedan ser utilizados como recursos. • Recibir, registrar y ubicar en refugios a las personas afectadas. • Canalizar la ayuda recibida de manera adecuada, llevando un registro de la misma y de su forma de distribución.

6. APOYO EN LA ELABORACIÓN DE EMOCIONES Y PROCESOS DE DUELO

El acompañamiento a un grupo que ha sufrido los embates de una catástrofe se construye desde una relación que se sustenta sobre las premisas de igualdad, atención mutua y propósito e intención compartidos (Yáñez, 2002). Partiendo de estos supuestos, se elaboró una guía de acompañamiento con los siguientes objetivos:

- Promover que las personas retomen gradualmente el control de la situación a través de la visualización de sus necesidades y proyección a futuro.
- Facilitar espacios para la exteriorización de sentimientos y el apoyo mutuo.
- Acompañamiento en procesos de duelo.
- Fortalecer el proceso de familiarización con las comunidades, proporcionando espacios de encuentro y apoyo colectivo.
- Promover el liderazgo en la comunidad y acciones dentro de un marco de derechos y responsabilidades.

Se considera que los grupos más vulnerables son las mujeres, niños/as y ancianos. En el caso de las mujeres, fue muy importante contar con las competencias y habilidades acumuladas a lo largo de su vida para convertirlas en recursos insustituibles en los momentos de crisis. Algunas respondieron haciendo incluso de consejeras y ofreciendo un liderazgo político vital intercediendo por la comunidad. En los momentos más difíciles, las mujeres golpeadas por el desastre y por el duelo luchaban para proveer apoyo social a otros miembros de su familia y de la comunidad. No es el género en sí lo que propicia esa imagen de vulnerabilidad que rodea tradicionalmente a las mujeres; es la inequidad de género lo que las sitúa en un contexto más vulnerable; un contexto en el que deben superar más dificultades y enfrentarse a diferentes problemas que los hombres. Por ejemplo, cultural e históricamente, las relaciones de género desiguales han creado condiciones sociales que las dejan socialmente marginadas o económicamente dependientes, sobrecargadas con responsabilidades de cuidados y con falta de poder social y voz política. Son esas condiciones de inequidad antes del desastre las que colocan a las mujeres en una espiral de riesgo. En tiempos de catástrofes las mujeres rescatan la oportunidad de resignificar su rol, sacar a la luz sus fortalezas y promover su participación en la toma de decisiones, en el diseño de nuevas estructuras y en la construcción de espacios comunitarios.

Las acciones más inmediatas de intervención se centraron en actividades que ayudaran a los niños, niñas y mujeres a conocer y expresar las ideas y sentimientos experimentados por el deslave, de manera que realizaran una construcción colectiva del fenómeno. En esta fase de la intervención se enfatizó la importancia de retomar la vida cotidiana y la necesidad de pensar sobre su futuro inmediato. Fue un trabajo inicial que ayudaba a que cada estamento estuviera en contacto con la realidad que vivía y a que fueran conscientes de los sentimientos, miedos y angustias que esa situación les generaba.

6.1. Trabajo con niños y niñas

Los menores son un colectivo vulnerable; lo es de manera especial cuando no pueden valerse por sí mismos, han perdido familiares o no cuentan con apoyo social o familiar. En la catástrofe, además, pueden perder alguno de sus progenitores, o ambos, ver arrasada su casa y destruidas sus pertenencias y completamente desfigurado, cuando no desaparecido, su entorno físico y social habitual. En el trabajo con las niñas y niños observamos algunas reacciones comunes que es importante señalar:

- Buscaban mantenerse más cerca de las personas adultas, incluso para dormir.
- Algunos niños se quedaban muy quietos.
- Conductas regresivas: enuresis, chuparse los dedos, comerse las uñas.
- Algunos se despertaban con miedo o en algunos casos dormían demasiado.
- Falta de apetito o querer comer a cada rato.

Dando por sentado que todas estas son reacciones perfectamente normales ante una situación anormal, consideramos que en este periodo los adultos necesitaban demostrar más tolerancia y comprensión hacia los niños y niñas. El apoyo se dirigió, entonces, a dar recomendaciones a los adultos próximos a los niños y niñas:

- Permitir que los niños y niñas expresen sus miedos sin burlarse de ellos.
- Abrazarles. El contacto físico les da seguridad.
- No negar los hechos, sino contarles la verdad de acuerdo a su edad y capacidad de comprensión. Explicar la situación y ver lo que pueden hacer en caso de que vuelva a ocurrir.
- Tratar de restablecerles una cierta rutina diaria, aun si la situación es difícil (comidas, higiene personal, etc.).
- Estar cerca de ellos y ellas, animándoles a que participen en las tareas diarias: ayudar a la cocina, buscar leña, apoyar a personas heridas, etc.

- En el caso de que tengan miedo de dormir solos y solas, permitir que duerman por un tiempo con una persona adulta hasta que concilien el sueño.

En el trabajo se fomentó la expresión adecuada de sus impresiones y emociones acerca del impacto del deslave. La mejor forma de desahogar y resignificar su experiencia es a través del juego y las expresiones artísticas. Las actividades realizadas inicialmente fueron juegos y actividades recreativas coordinadas por un Comité Solidario formado por jóvenes de la comunidad. Luego, mediante la técnica de dibujo en hojas de papel, los niños y las niñas dibujaban aquello que les causaba alegría –dibujaban sus casas, soles, animales, ellos corriendo, pelotas–, y al reverso de la página lo que les hacía sentir tristes: muchos dibujaban agua y lluvia, dibujaban el deslave y las casas destruidas. Esta técnica les facilita contar con un espacio de contacto con sus sentimientos y representar en el mismo sus emociones, pero además se percatan de que hay cosas que le dan alegría y esperanza. Algunos niños y niñas, sobre todo los más pequeños, muestran una menor tendencia a contar sus sentimientos en el momento del desastre y pueden experimentar miedo o tristeza, y encontrar dificultades para expresar estas emociones delante de un adulto (ver también Capítulo 9, epígrafe 5.7).

En las semanas posteriores se realizaron actividades que permitieran un ambiente ameno, alegre y de confianza por medio de juegos. Después, se les pidió que crearan un cuento oral colectivo sobre el deslave, que debía contener un principio y un final, indicándoles que iba a ser grabado. Todos mostraron gran interés, pero sólo algunos participaron. Se mostraron entusiastas y no manifestaron actitudes de tristeza al contar el cuento. También se trabajó con témpera, colores, hojas de papel y plastilina que utilizaron para representar lo que extrañaban de su casa y qué les gustaba de su nueva casa. Entre los dibujos que sobresalieron se encuentran volcanes con una fuerte corriente de agua en medio, paisajes, flores, árboles, etc. De esta forma se buscaba que los pequeños asociaran buenos sentimientos y pensamientos de su pasado con la experiencia del nuevo lugar en el que se encontraban.

Realizamos también actividades que facilitaran la relajación. En este caso el objetivo se centraba en reducir las tensiones de su cuerpo. Para ello acostamos a los niños y niñas en la hierba. Les pedíamos que cerraran los ojos, y cuando estaban cómodos leímos en voz suave y lenta un cuento: *«Vamos a jugar que somos unos muñecos y muñecas. Estamos muy duros y duras como si fuéramos de piedra. Ahora el cuerpecito lo vamos relajando. Otra vez estamos muy duros, ahora lo vamos relajando. Ahora ya no somos muñecos ni muñecas, ahora somos una cometa y el viento nos va llevando. ¡Que rica está la brisa! Ya no tememos calor. Ahora, poco a poco, despacio vamos a ir abriendo nuestros ojos»*. Después de esta actividad, los niños y niñas se levantaban con un aspecto más relajado y más alegres. Después de la relajación se podía dar paso a otras actividades como:

- Paseo por la comunidad.
- Comprendiendo el fenómeno: dramatización sobre lo sucedido en la comunidad.
- Lectura de libros infantiles.
- Dar espacio para que puedan contar qué es lo que saben y cómo piensan protegerse en el futuro

Como algunos de los niños y niñas presentaban señales de alerta, sugerimos a los padres la necesidad de prestar ayuda adicional individual en caso de que estas señales se prolongaran. Se consideran señales de alerta las siguientes:

- Períodos prolongados de profunda tristeza en los cuales se pierde todo interés en las actividades diarias.
- Insomnio prolongado.
- Pérdida total de apetito.
- Expresión frecuente de querer irse con la persona fallecida.
- Aislamiento total y por mucho tiempo de sus amigos y amigas y de las demás personas cercanas.

6.2. Duelo en niños y niñas

Sobre el proceso de duelo ya se ha hablado en los capítulos de Mauricio Gaborit (*véase* epígrafe 3.2.4 del Capítulo 7) y en el de Carlos Martín Beristain y M.^a Luisa Cabrera (*véase* epígrafe 4.1 del Capítulo 9). En nuestro caso, las formas en las que reaccionan los niños y niñas pueden ser muy distintas y muy cambiantes, pero hay algunas similitudes que es preciso señalar. Lo que se pudo observar es que al principio del duelo se negaban a aceptar la realidad, a aceptar la idea de no volver a ver a su ser querido (mamá, papá, tío, etc.), o de no volver a su casa, a su entorno, manifestando actitudes de retraimiento. Luego, paulatinamente, empezaron a aceptar la realidad en medio de algunas crisis de llanto, y en algunos casos de rechazo de la comida. Posteriormente, se inició poco a poco la superación de lo sucedido sin abandonar el aire de tristeza, y se fue encontrando un espacio donde apareció un recuerdo positivo de la persona perdida, o del lugar al que no regresarían.

¿Cómo acompañamos el proceso? En el grupo, tres de los niños habían perdido a sus seres queridos, y el resto habían perdido su casa, su medio conocido. Al principio era importante que los niños y niñas conocieran la verdad, teniendo en cuenta sus sentimientos ya que muchas de las cosas que manifiestan a partir de la muerte de un ser querido o de las diversas pérdidas es su forma de reaccionar al duelo. Informamos a los adultos que era importante entenderles para ayudarles con muestras de ánimo y cariño. Era igualmente importante que respondieran a sus preguntas animándoles a hablar, tomando en serio y escuchando sus sentimientos. Dimos las siguientes recomendaciones:

- Mostrarse tranquilos y transmitir seguridad.
- No sobreprotegerlos, sino tratar de restablecer cuanto antes las actividades normales para reintegrarse a la vida comunitaria.
- Ir con el niño y la niña a la tumba, a las celebraciones que hace la comunidad, etc.
- Hablar con los niños y niñas sobre los recuerdos que tiene de la persona fallecida, revisar fotos, etc.
- Dar mayor énfasis a la imagen sana y alegre, favoreciendo el recuerdo bueno de la persona, sin idealizar como si fuese una persona sin defectos.
- Favorecer el contacto con otros niños y niñas.

Las actividades orientadas al acompañamiento en el proceso de duelo duraron seis meses. Durante el primer mes se escribieron cartas y/o se hicieron dibujos que simbolizaran la despedida a las personas, animales y objetos significativos perdidos. Con ello se facilita un «enterramiento simbólico» de la pérdida. A fin de que los niños y niñas pudieran entender la nueva realidad, en el segundo y tercer mes se les pidió que realizaran el dibujo de las casitas en las que iban a vivir. Para que expresaran de forma gráfica cómo sueñan (se imaginan) a su comunidad en el futuro, se creó un mural comunitario, con pintura y materiales que facilitaban la expresión artística de los niños y niñas. Estas actividades se prolongaron por cuatro meses más. Las mujeres se hicieron cargo de trabajar con los niños con la coordinación del equipo.

6.3. Trabajo con adultos

Los dos momentos del proceso de apoyo psicosocial reconocidos en esta experiencia de acompañamiento fueron el desahogo y el manejo del estrés, y el duelo. Aunque existía una gran variedad de respuestas por parte de los adultos ante este suceso repentino y angustioso, se respondía básicamente en dos modalidades: *a)* revivir la experiencia del suceso o parte de sus características, y *b)* desarrollar síntomas de evitación a nivel cognitivo, afectivo o conductual. Las investigaciones en este campo nos dicen que los supervivientes de una experiencia traumática tienden a alternar ambos tipos de respuesta (Horowitz, 1993). Es importante señalar la importancia que el nivel cognitivo tiene en el afrontamiento. Ovejero (1997) plantea que ante situaciones de riesgo se desencadenan una serie de conductas y emociones colectivas. En conductas colectivas

adecuadas, la comunidad puede luchar contra el peligro y se organiza de forma sólida. Pero un mal manejo de conductas asociadas a creencias irreales de la situación conduce a una desorganización social y a una percepción irreal de los acontecimientos. Nos parece, entonces, importante dar a conocer los mitos y realidades de más frecuente aparición en momentos como los vividos por estas comunidades ante un desastre natural (Russel *et al.*, 1972; Martín Beristain, 2001) (véase Cuadro 14.6). Los mitos pueden ir acompañados de acciones no siempre acertadas y hay que contrastarlos con las realidades para tener una mejor base de trabajo, y por consiguiente, herramientas de fortalecimiento.

CUADRO 14.6. MITOS Y REALIDADES DE LOS DESASTRES

MITOS Y REALIDADES DE LOS DESASTRES		
Mitos y creencias	Llevar a...	Realidad
Pánico masivo.	No preparar a la población con antelación porque supuestamente son pasivas, no colaboran y llevan a retardar la información.	La información debe ser ofrecida de manera apropiada. Hay que preparar a la población.
Conductas antisociales.	Se aleja a posibles voluntarios (seguridad como control).	Aunque se deben tomar acciones de seguridad simbólicas, no suele ser necesario un desarrollo exhaustivo. Estos comportamientos antisociales no suelen ser el mayor problema en situaciones de desastre.
Reacción irracional o <i>shock</i> .	No dar instrucciones precisas a personas, familias y comunidades.	Las personas afectadas pueden responder activamente y no esperan a que otros les digan qué hacer en todo momento.
Sacan a relucir lo peor.	Después del desastre llega el caos; es necesario mantener el control férreo, normalmente desde el exterior.	Frecuentes conductas de solidaridad y apoyo mutuo.
Mejor alternativa es vivienda temporal.	Construir albergues provisionales que acaban siendo definitivos.	Mejor alternativa es el regreso a la vivienda habitual y la reconstrucción.
No se recupera sin voluntarios de fuera y ayuda internacional.	Los organismos locales se ven seriamente limitados en su capacidad de respuesta, necesitando siempre la ayuda externa.	Capacidad de ayuda de los afectados. Solidaridad internacional en la prevención.
Las cosas vuelven a la normalidad tras varias semanas.	No hay políticas de prevención, reconstrucción y seguimiento del acontecimiento, y con ello se fomenta un círculo de vulnerabilidad.	Los efectos del desastre pueden continuar durante mucho tiempo después. Necesidad de programas de rehabilitación que promuevan el afrontamiento colectivo.

Para poder expresar y resignificar mejor las emociones surgidas al hilo de ese nuevo contexto postraumático y teniendo en cuenta las preconcepciones, llevamos a cabo una serie de actividades. En primer lugar, se dieron a conocer aquellas emociones que experimentaban en ese proceso a fin de desahogar, expresar, reconocer, resignificar y normalizar lo que sentían (Cuadro 14.7).

Fue muy importante que la comunidad sintiera validados todos estos sentimientos como parte de un proceso normal ante un hecho anormal, ya que apenas había pasado una semana del desastre. Verbalizaron la sensación de volverse locos, pero al ver que muchas otras personas experimentaban emociones parecidas, se redujo la ansiedad. En este sentido, siguieron actividades orientadas al manejo del estrés y a que entendieran qué era

CUADRO 14.7. EXPERIENCIAS EN PROCESOS DE DOLOR
¿Qué experimentaban?
SENSACIONES Y SENTIMIENTOS:
<ul style="list-style-type: none"> • Sin equilibrio. • Descoordinado. • Desorientado. • Drogado sin haber tomado drogas. • Desincronizado con el propio cuerpo. • Entumecido. • Desconectado de familia y amigos. • Poco dispuesto a tomar decisiones e incapaz de hacerlas. • Nada tiene sentido ni importa. • Falta de control. • Congelado en el tiempo y en el espacio. • Molestia por los sentimientos. • Sensación desbordante de pánico. • Resentimiento por la pérdida. • Confusión asociada con emociones nuevas. • Ambivalencia, euforia en un momento, depresión en el siguiente. • Irritabilidad. • Desesperanza, tristeza profunda y culpa.

un desastre, cómo afectaba a su comunidad y todo el abanico de causas y efectos del mismo mediante técnicas de relatos, lecturas, canciones, etc. Cualquier hecho o sentido que el grupo haya atribuido a cualquier suceso nos dice mucho de la construcción de su significado; cualquier hecho que sirviera en el pasado para superar algo o para fortalecerse es relevante; cualquier hecho que impidiera seguir adelante, también es igualmente importante. La Etnometodología (Garfinkel, 1967) nos refuerza esta idea. Entiende el análisis de la conversación como una metodología que nos permite descubrir cuáles son las expectativas que hay detrás de las palabras, los conocimientos implícitos, las reglas establecidas desde ese sentido que es común a las personas que participan de una misma realidad sociocultural.

Para construir estos relatos se dividieron en grupos y elaboraron sus emociones creándose espontáneamente grupos de apoyo mutuo que mejoraron su bienestar en los tres meses siguientes. Al mismo tiempo, estos grupos y sus relatos sirvieron como base de acción. Discutieron cómo se sentían emocionalmente, cómo había influido la vivencia del desastre en su familia, en su medio comunitario, la importancia de estar unidos y proyectar acciones para afrontar las realidad y resistir. Fue una forma de transformar el dolor en acciones hacia la reconstrucción y la validación de sus demandas. Entre otras, estas acciones fueron: *a)* visualización de estresores y miedos; *b)* socialización de estrategias de afrontamiento y apoyo mutuo; *c)* expresión emocional de las pérdidas individuales y comunitarias, humanas y materiales. En los momentos en los que la expresión emocional de los adultos se veía dificultada por la vergüenza de hablar en público o por la dificultad de expresarse, se realizaron diversos trabajos creativos utilizando varios materiales como papel, periódicos, noticias sobre el suceso y dramatización.

6.4. Duelo en adultos

Según Worden (1991) el proceso de duelo consta de cuatro tareas, no necesariamente correlativas:

1. *Aceptación de la pérdida con realización de rituales y ceremonias de despedida y recuerdo.* En este sentido programamos un acto conmemorativo cuando se cumplía un mes del deslave. Al inicio de la ceremonia se manifestó la importancia de estos rituales por parte del equipo de acompañamiento y se dio la palabra a las personas que espontáneamente quisieran expresar sus sentimientos. Como respuesta, dos personas adultas se dirigieron al resto de la comunidad con palabras de aliento y con reflexiones en homenaje a las cuatro personas que fallecieron durante el desastre. Posteriormente, algunos representantes de los jóvenes del albergue dijeron algunas palabras relacionadas con la importancia de seguir adelante unidos, y se sembró un ciprés en la cancha como símbolo de las esperanzas que tienen que cultivar para continuar adelante.
Desafortunadamente, los pastores y el sacerdote que fueron invitados con anterioridad no asistieron. La comunidad comentó que como eran de distintas iglesias tal vez no quisieron hacerlo conjuntamente. No dieron ninguna explicación. Al no asistir los líderes religiosos, la ausencia de la dimensión religioso-ritual reactivó de algún modo la memoria traumática. Aun así, todas las personas sintieron que habían hecho lo que tenían que hacer por sus seres queridos, y en los días siguientes manifestaron sentirse mejor. La conmemoración de la catástrofe colectiva permite darle al dolor un sentido y reconocimiento público.
2. *Posibilidad de expresión sobre la persona y la situación traumática:* visualización, expresión emocional de las pérdidas individuales, comunitarias, humanas y materiales. Se realizó un ritual colectivo de apoyo mutuo (círculo de abrazos). Cada uno de los participantes realizó la descripción de su pérdida.
3. *Adaptación a la nueva situación, cambio de roles familiares, sentido del mundo y la propia identidad.* A causa del desastre, las 120 familias afectadas tuvieron que reubicarse en un primer momento en albergues, para ser trasladados después a las casas provisionales. Debido a ello, las mujeres se volvieron jefes de familia, cambiando su rol, mientras que los hombres pasaban todo el día fuera del hogar, realizando labores de reconstrucción. En ese nuevo rol las mujeres asumían un papel protagónico en el desarrollo de redes de protección social para ellas y también para su familia: «...Queremos que nos dejen participar, apoyar, colaborar en la reconstrucción de nuestra comunidad y del país. Nosotras estamos aquí, trabajando; quizá no se han dado cuenta, pero estamos haciendo esfuerzos, estamos haciendo algo...» Se habló de los problemas que ese nuevo rol podía desencadenar y también de los desafíos positivos. Se realizaron actividades de afrontamiento y resignificación de la nueva situación mediante una valoración de aspectos positivos y negativos del nuevo rol asumido. Los desafíos fueron descritos para una posterior elaboración.
4. *Reubicación de las personas muertas, establecimiento de vínculos con los que murieron y las relaciones con otras personas:* este es un punto que requiere un tiempo prolongado y que depende de características individuales (tipo de relación, manera de afrontar los hechos, etc.). Lo que se hizo fue una actividad donde se describieron los afectos y relaciones entre ellos y los aspectos positivos de estar juntos creando un proyecto de vida. Esto se hizo a los cinco meses del desastre, y se continuó por un tiempo prolongado en coordinación con los líderes comunitarios y las visitas puntuales a lo largo de un año por parte de un miembro del equipo a las familias.

7. FORTALECIMIENTO, IDENTIDAD Y APOYO

Ubicadas las familias en la cancha, donde se encontraban construidas las viviendas provisionales, la convivencia necesitaba una organización. En apoyo a esta iniciativa, el equipo de trabajo contribuyó a la elección de

líderes por cada pasaje, reuniendo a los y las habitantes de cada línea de «casitas» por unos quince minutos para explicarles cuidadosamente el objetivo de la misma. Se trataba de que propusieran algunos candidatos para ser sus representantes con el fin de agilizar la gestión de recursos. Por voto se elegía al líder; luego se preguntaba a la persona si estaba de acuerdo, y finalmente eran registrados como líderes de pasaje.

Debido a los problemas de convivencia surgidos, se intensificó notablemente este trabajo. A fin de que los líderes se sintieran acompañados y arropados se realizó un autodiagnóstico de necesidades y recursos mediante una lluvia de ideas y trabajo de grupos. El equipo de trabajo acompañó a esta población de manera permanente; se hicieron reuniones, usualmente a comienzo de semana, para organizar las actividades de los comités y los líderes que la comunidad había designado. Al mismo tiempo se conversaba con ellos sobre algunas líneas de trabajo posterior, y sobre todo para mantener un seguimiento de los mismos para evitar su disolución. El trabajo con los líderes se orientó a su empoderamiento como representantes de la comunidad. Se les proporcionó información relevante: el censo de cada pasaje, el listado de los datos de todos los líderes y un formato de carta para enseñarles cómo gestionar cualquier tipo de recurso, y se abordó el tema de las nuevas necesidades: el aseo de pasajes, letrinas y basureros.

Otro de los elementos trabajados como factor imprescindible de identidad y fortalecimiento fue la memoria colectiva. En los capítulos 7 y 9 ha hecho amplio acto de presencia este proceso psicológico de primer orden. La memoria colectiva es la memoria de los miembros de un grupo, que reconstruyen el pasado a partir de sus intereses y marco de referencias presentes (Halbwachs, 1968). Se trata no solamente de una memoria de las personas de la comunidad, de las que son y de las que fueron, sino de una memoria histórica del lugar y de los hechos y acontecimientos históricos. La memoria colectiva es necesaria para la identidad de las personas. En las comunidades todos se conocen y visualizan su identidad con los relatos de y sobre cada uno de sus miembros: «*soy alguien para mi vecino; me vio nacer, jugar, sabe de dónde vengo...*». Lo mismo ocurre con el barrio, con las casas y por supuesto con la familia: son un referente imprescindible para ubicarse en el mundo. Cuando esto se rompe es necesario reconstruir ese tejido social y comunitario (Martín Beristain, 1999). Creemos que la memoria colectiva es una herramienta imprescindible en el acompañamiento psicosocial, y construirla de nuevo forma parte del camino hacia la salud y el proyecto de vida. La memoria colectiva reivindica el dolor y sentido de la experiencia de la gente. En un trabajo de reflexión los participantes crearon el Cuadro 14.8 que da cuenta de su historia, de los desastres en que se inserta su comunidad.

Esta recopilación de información dio pie para hablar de la historia pasada a la luz del presente, de las vulnerabilidades que azotan al país y por ende a esta comunidad. También se habló de la memoria de la solidaridad, de cómo la gente afrontó y resistió positivamente desde la unión y la solidaridad: «*...Cuando comenzamos a recordar nuestra historia —decía un miembro de la comunidad—, hablamos del entusiasmo y creatividad que teníamos en otros tiempos. Al principio éramos pocos, pero luego llegamos a ser una comunidad más organizada, decidida, empilada*». Se elaboró un listado de aquellos elementos sobre los que la comunidad tenía alguna posibilidad de prevención. Introducir la idea de prevención es de suma importancia; estamos frente a una cultura política que responde a las emergencias una vez que éstas ya se han instalado dentro de la población y ante una cultura asentada en el fatalismo. Los participantes reconocieron que no habían extraído ninguna lección de eventos pasados, y que era necesario gestionar el riesgo. Para ello, puesto que no había voluntad política por parte del gobierno, necesitaban fortalecimiento comunitario basado en capacitación a la comunidad en temas vinculados a los desastres: organización, primeros auxilios, etc. También era urgente la conformación de redes de apoyo, no solamente institucionales sino entre comunidades.

Se formó un equipo comunitario encargado de contactar con la Alcaldía, con la unidad de salud, con las escuelas, con líderes de otras comunidades, etc.; en definitiva una red social. También se habló de la necesidad de disponer de una radio en la comunidad como elemento de comunicación debido a que en los desastres uno de los primeros elementos que se daña es la comunicación. Se planeó contactar con otras comunidades y construir una red de comunicación mediante radios comunitarias. Hablamos entonces de la importancia de la comunicación para la reunificación familiar para encontrar desaparecidos o solicitar ayuda. Como prevención,

CUADRO 14.8. EVENTOS OCURRIDOS EN EL SALVADOR (1979-2005)

AÑO	EVENTO	EFFECTOS SOBRESALIENTES
1979	Registros domiciliarios en la comunidad.	Miedo, detenciones, desapariciones y muertes.
1980	Asesinato Monseñor Romero.	Registros en las casas de la comunidad, enfrentamientos callejeros, represión y desaparición forzada.
1981	Empieza la guerra civil con una ofensiva general.	Las calles tomadas por enfrentamientos entre guerrilla y militares. Destrucción de servicios básicos, muerte en las calles, represiones y torturas. En la comunidad terror, desplazamientos y muerte.
1986	Terremoto.	El mayor desastre fue en la capital. Los barrios populares y el centro histórico fueron destruidos, aunque en el interior del país también se registraron desastres.
1988	Inundaciones del río Grande de San Miguel	Daño importante a cultivos en el Oriente del país
1989	Ofensiva general de la guerra.	Asesinato de 6 jesuitas en la UCA, destrucción general y muerte. En la comunidad terror y miedo.
1990	Inundaciones en varias zonas del país.	Nuevamente fueron los cultivos de los campesinos pobres los más dañados.
1993	Tormenta tropical Gerr.	Dañó las cuatro regiones, especialmente las zonas costeras.
1997	Sequías provocadas por el fenómeno meteorológico denominado «El Niño».	Deprimió de manera significativa el cultivo de granos básicos.
1998	Huracán Mitch.	Afectó todo el país con inundaciones, deslizamientos, desbordamientos y grandes pérdidas de viviendas y cultivos.
1999	Desbordamientos de los ríos Lempa y Paz.	Afectó a las comunidades del bajo Lempa.
2001	Terremotos (enero y febrero).	Destruyeron comunidades rurales y urbanas en todas las regiones pero especialmente en la paracentral y la central.
2001	Sequía generalizada.	Afectó a los cultivos de todo el país.
2002	Tormenta tropical Beatriz.	Produjo fuertes deslaves en Occidente.
2005	Tormenta tropical Stan.	Deslaves y desbordamientos en todo el país.
2005	Deslave del volcán de Santa Ana.	Afectó la región occidental.

la radio serviría para comunicar todos aquellos avances en términos de fortalecimiento comunitario y apoyo mutuo.

8. APOYO EN LA RECONSTRUCCIÓN

En la etapa de reconstrucción consideramos importante poner el mayor énfasis en instalar una cultura de prevención. Dicho esto, también es importante fortalecer a los líderes comunitarios y a las instituciones locales a través de espacios de retroalimentación y formación dirigidos a la sostenibilidad del proceso de acompañamiento psicosocial a mediano y largo plazo. A fin de que los propios miembros de la comunidad fueran capa-

ces de seguir la línea trazada por el equipo de intervención, se les dotó de ciertas herramientas y técnicas con las que poder manejarse en esta situación:

1. Capacitaciones sobre qué son los desastres: definiciones, primeros auxilios psicológicos y de salud (capacitación realizada por bomberos voluntarios).
2. Capacitación en manejo de estrés, ansiedad y miedo.
3. Relación con los medios de comunicación.
4. Manejo de conflictos, cohesión de la comunidad y apoyo mutuo.

Las actividades que se llevaron a cabo para contribuir a la cultura de prevención y reconstrucción del tejido social fueron las siguientes:

1. *Preparación:* pareció importante hablar sobre las implicaciones de la falta de conocimiento del riesgo en el que se habita. Construimos un mapa de riesgo, un mapa de recursos, y un mapa histórico de afrontamiento. En el mapa de riesgo se dibujó la zona afectada tomando en cuenta aquellas zonas de mayor vulnerabilidad, señalando zonas peligrosas, zonas de evacuación, zonas a las que acudir en caso de desastre, el entorno físico en el que está insertada la comunidad, y un listado de los habitantes de cada zona por familias y un representante por zona. En el mapa de recursos se señalaron aquellos de los que la comunidad reconoció disponer para hacer frente al riesgo de desastre (número de vehículos disponibles, capacidad de los mismos, equipamiento de la unidad de salud, equipamiento escolar, coordinación con la alcaldía, etc.). En el mapa histórico de afrontamiento, por su parte, se rescataron aquellos elementos que fueron exitosos en otros desastres: la memoria de la solidaridad y el apoyo mutuo (véase Cuadro 14.9).

CUADRO 14.9. UTILIDAD DE LOS MAPAS COMUNITARIOS

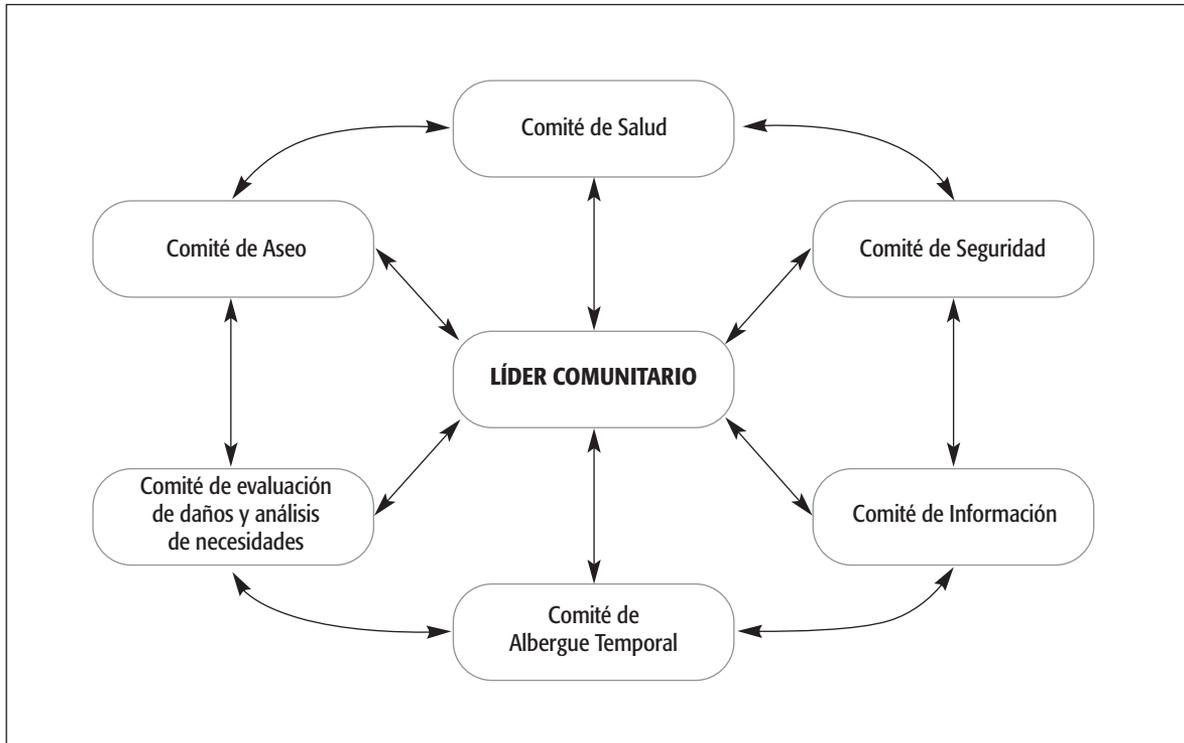
¿Para qué nos sirven los mapas comunitarios?

- Ubicar nuestros riesgos (amenazas y vulnerabilidades) y nuestros recursos.
- Tener conocimiento de quién o quiénes son los que pueden sufrir más daño.
- Tomar medidas preventivas para que no ocurra el desastre o para reducir su impacto.
- Organizarnos para responder adecuadamente ante una situación de desastre.
- Desarrollar una cultura de prevención.
- Ubicar a la población con censos actualizados.
- Desarrollar una cultura de valores (solidaridad, cooperación y otros).
- Definir rutas de evacuación.
- Ubicar los recursos con los que cuenta la comunidad.

2. *Organización:* es un elemento esencial que facilita el fortalecimiento o empoderamiento de la comunidad. Es mediante la participación comunitaria en la toma de decisiones, tanto en las fases de prevención como de reconstrucción, como se puede incidir sobre el manejo del riesgo: ser actores y participar. Es importante que la organización no sea vertical, señalando la ubicación central del líder comunitario.

El trabajo de todos los Comités en la organización comunitaria tiene la misma importancia; ninguno es más o menos relevante que otro, ni siquiera la figura del líder comunitario (véase Figura 14.2). La comunicación entre comités y líder debe ser bidireccional.

FIGURA 14.1. ORGANIZACIÓN COMUNITARIA



Hay algunos obstáculos psicosociales al hablar de organización en El Salvador. A raíz del terremoto de 2001, un Seminario impartido en la UCA a líderes comunitarios puso sobre el tapete un hecho singular: los asistentes manifestaron que el mayor obstáculo para la prevención era el miedo a estar organizados; un miedo que ahondaba sus raíces en la década de los 80, cuando la organización comunitaria era perseguida hasta la muerte.

Los desafíos de la organización pasan por favorecer la creación de redes de apoyo mutuo, desarrollar estrategias preventivas que reconstruyan el control del medio, que abran espacios para compartir las experiencias y que posibiliten un programa de comunicación efectiva intra e interinstitucional.

3. *Manejo de expectativas*: muchas veces las expectativas son poco realistas, y cuando la gente las contrasta con la realidad constituyen otro factor de impacto emocional. Se debe manejar de la manera más adecuada todo el entramado de instituciones (Gobierno, Municipalidades, etc.) que deciden sobre el futuro de la comunidad. Por ejemplo: las casas provisionales 2 x 4 metros de lámina están convirtiéndose en viviendas definitivas; no hay voluntad política de ubicarlos en un lugar digno. En una palabra: se sienten engañados. Todo esto ha creado una nueva re-victimización. Llega un momento en el que resulta difícil distinguir entre damnificados por el desastre y damnificados por decisiones políticas, por medidas económicas; por la vida, en una palabra.

Preparación, organización y manejo de expectativas, tres pasos imprescindibles para la reconstrucción del tejido social que queremos completar con la propuesta de Martín Beristain (1999) (Cuadro 14.10).

CUADRO 14.10. RECONSTRUCCIÓN DEL TEJIDO SOCIAL

REPARAR... ¿QUÉ?	RECONSTRUCCIÓN DEL TEJIDO SOCIAL
Devolver la dignidad a los afectados y a sus familias.	Tener en cuenta el impacto local y las demandas reales de la gente.
Reconstruir los lazos familiares y vecinales (tejido social).	Ayudar a enfrentar las consecuencias: responder a los problemas reales.
Proporcionar seguridad y confianza.	Apoyo a las formas de organización propias (no crear nuevas organizaciones ajenas a la gente, potenciar los sistemas propios).
Restablecer las redes sociales.	Control de las ayudas por parte de la gente: sistemas de control efectivo sobre la gestión. Evitar la corrupción.
Rehacer los proyectos de vida (individuales y colectivos).	Capacidad de decisión sobre la reparación mediante consejos colectivos. Aumentar la capacidad de organización y apoyo mutuo.

9. ALGUNOS APRENDIZAJES

Es necesario pararnos un momento para pensar en aquellos aprendizajes significativos tanto para nuestra práctica como para el camino del apoyo psicosocial a comunidades afectadas por acontecimientos traumáticos.

El camino de Apoyo Psicosocial

En la tarea del diagnóstico comunitario es importante orillar las ideas preconcebidas, y caminar con actitud abierta respecto a las necesidades y expectativas de la población afectada.

El apoyo al duelo tampoco debe estar impregnado de preconcepciones culturales. Cada cultura tiene una forma y un tiempo para el duelo, con ritos y celebraciones arraigadas en sus tradiciones. Antes de empezar cualquier acompañamiento en ese proceso, es muy importante saber y comprender el contexto para no revictimizar, y para poder estar en sintonía con las emociones del otro. Por ejemplo, en la cultura salvadoreña se relacionan con sus muertos a través de los sueños, y en el proceso del duelo pueden contar que estuvieron con la persona fallecida, y que estaba bien. Hay que retomar esa vivencia para elaborar y trabajar el proceso, darle un lugar, sin subestimarla, ya que para la persona es importante.

Hablar de lo sucedido, sacarlo, desahogarlo no siempre es beneficioso; necesita unas premisas. Una de las premisas para que hablar sea positivo es muy sencilla: la persona tiene que querer hacerlo. A veces toma su tiempo, por eso remarcamos la importancia de la confianza y el apoyo mutuo. En un grupo donde la gente ha pasado experiencias parecidas es más fácil compartir el dolor, pero cada uno tiene un ritmo y un tiempo distinto, y la necesidad de compartir no es la misma en todos.

El desastre también visibiliza conflictos. Una de las consecuencias de las catástrofes colectivas, no importa si por fenómenos naturales o provocadas por la mano humana, es la aparición de conflictos. En el Capítulo 9 se nos ha descrito uno tras la masacre de Xamán perpetrada por el ejército guatemalteco. Aquel era un conflicto que provenía del manejo desigual del trabajo de la tierra y la diferenciación social surgida al hilo de los proyectos al desarrollo (véase epígrafe 4.5) En nuestro caso, el conflicto se manifestó en la negativa por parte del propietario de que la comunidad que por años había vivido allí volviera a ese lugar debido a que se querían tomar estas tierras para desarrollo turístico. La negativa por parte de la comunidad de trabajar como colonos (otra forma de esclavitud) en las fincas cafetaleras en las que los querían confinar, sumada a la imposibilidad de volver a sus tierras y a la falta de voluntad política del gobierno local y nacional, hace que se prolonguen y agudicen los conflictos comunitarios. Además, en ese momento la noticia fue una doble victimización como lo expresaba una sobreviviente: «...Casi todos nos pusimos a llorar cuando nos estaban diciendo eso. Una

señora hasta se desmayó, porque usted sabe que cuando uno ha perdido un familiar y lo ha perdido todo, lo que uno quiere oír es alguna buena noticia que le dé esperanzas”». No sólo el fenómeno natural destruyó su comunidad, sino que la desintegración de su tejido social, la disolución de las personas con las que se había vivido por años, hizo que se sintieran en medio de una nueva catástrofe.

La evidencia del conflicto nos coloca junto a la gente, pero pronto surge una pregunta que es necesario plantearse antes de iniciar el acompañamiento: ¿nos vamos a quedar con ellos mientras dure el conflicto? No podemos abrir procesos que no vamos a cerrar. No vamos a animar a la gente a emprender acciones para comprometerles si no estamos dispuestos a acompañar. Hay que delimitar el tiempo que estamos dispuestos a acompañar y diseñar acciones reales. Las experiencias de dolor de las personas en esos acontecimientos no son nuestra experiencia, pero nos interpela, y hay que dejar que eso nos afecte, «dejarnos tocar» por su experiencia.

La catástrofe hizo revivir el trauma de la guerra, la muerte, la destrucción, el caos. En países vulnerables, se pasa de un acontecimiento traumático a otro sin poder elaborar y afrontar adecuadamente los sucesos. En un país como El Salvador, donde las heridas de la guerra aún están abiertas debido a la impunidad y a la imposibilidad de legitimar y visibilizar su dolor mediante la verdad y la justicia, la catástrofe se añade su vulnerabilidad histórica, y en ese círculo cada vez se es más vulnerable. Ya lo hemos dicho: las catástrofes no son naturales.

De lo que se hizo con la Comunidad

La incidencia de las catástrofes en esas comunidades pasa en buena medida por la falta de prevención primaria. La dedicación firme en ese sentido es responsabilidad esencialmente de los gobiernos. Sólo en una radical implementación de nuevas formas de organización de la vida social y ambiental en que se suceden los fenómenos naturales, basada en la revisión y debate de nuevas formas de convivencia, se pueden encontrar soluciones encaminadas a mitigar los posibles impactos de fenómenos, sea cual fuere su magnitud. Es necesario considerar que no es en las consecuencias de los desastres en lo que nos debemos centrar, sino en las vulnerabilidades de las poblaciones. Cuesta más reconstruir y rehabilitar que prevenir.

En los espacios participativos, colectivos y solidarios se crean las condiciones para construir nuevas relaciones entre las personas, mejorar sus condiciones de vida y visibilizar los problemas que el poder ha causado en la vida de las mujeres, los hombres, las niñas, los niños, los ancianos, discapacitados y los que pertenecen a etnias o grupos indígenas. En la reelaboración de roles y reconstrucción del tejido social hay una oportunidad de cambio, de transformación y empoderamiento que puede ser beneficioso y positivo para las relaciones y proyecto de la comunidad.

Hay que tomar en cuenta a las personas como autónomas, diversas, con conocimientos y experiencias suficientes para ser gestoras del mejoramiento de sus condiciones de vida y modificar radicalmente las formas tradicionales de inserción en las comunidades.

Analizar las experiencias vitales de las personas, los conocimientos previos y la realidad existente para realizar una revisión conceptual, animando a la reflexión y el análisis colectivo y lograr a partir de ello un proceso paulatino de transformación de la realidad como paso para la prevención de los desastres. Esto pasa por la aplicación de una lógica metodológica participativa, Práctica-Teoría-Práctica, en un proceso de ida y vuelta permanente y sistemática. Partimos de la práctica a través de:

- Lo que las personas sienten, conocen, piensan y viven.
- Valorando sus experiencias, vivencias, sabiduría y conocimientos previos.
- Reconociendo la realidad en la que viven.
- Valorando su individualidad y sus sentimientos.
- Reconociendo sus necesidades cotidianas.

- Reconociendo y valorando sus diversidades.
- Fortaleciendo las relaciones de género justas y equitativas.
- Fortaleciendo el sentido de pertenencia.
- Ubicando la integralidad de los fenómenos en cada particularidad.

El apoyo a las mujeres tiene que enfocarse al fortalecimiento de su liderazgo comunitario y a la toma de conciencia de su autocuidado, convirtiéndose para algunas en la oportunidad de visibilizar la importancia social de su rol, y por lo tanto en la capacidad de liderar procesos de mediación de conflictos, convivencia y organización comunitaria.

Los espacios periódicos dedicados a los niños y las niñas sirven para acompañar su proceso de elaboración y adaptación a la nueva realidad, permitiéndoles a su vez a las madres momentos de descanso y auto cuidado. Se recomienda realizar actividades paralelas de niños/as y mujeres para que estas últimas puedan dedicarse tiempo a sí mismas.

La estrategia de empoderamiento de los y las jóvenes de la comunidad posibilita no sólo el reconocimiento de un sector de la población que generalmente se queda por fuera de los programas de atención, sino además el fortalecimiento del grupo de jóvenes que tendrán la misión de continuar realizando actividades que promuevan la integración y el sentido de comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baum, A. (1986). Toxins, Technology, and Natural Disasters. En G. VandenBos y B. Bryant (Eds.), *Cataclysms, Crises, and Catastrophes: Psychology in Action* (p. 9-53). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Corraliza, J. A. y Martín, R. (2001). Desastres, vulnerabilidad y sociedad de riesgo. En C. San Juan (Ed.), *Catástrofes y ayuda de emergencia. Estrategias de evaluación, prevención y tratamiento* (p. 255-278). Barcelona: Icaria Antrazyt.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnometodology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Halbwachs, M. (1968). *La Mémoire Collective*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Hewitt, K. (1983). The idea of Calamity in a technocratic age. En K. Hewitt, K. (Ed.) *Interpretations of Calamity*. Longman Press.
- Horowitz, M. J. (1993). Stress-response syndromes: A review of post traumatic stress and adjustments disorders. En J. P. Wilson y B. Raphael (Eds). *International Handbook of traumatic stress syndromes*. (p. 49-60). New York: Plenum Press.
- Martín-Baró, I. (2003). *Poder, ideología y violencia*. Madrid: Trotta.
- Martín Beristain, C. (1999). *Reconstruir el tejido social*. Barcelona: Icaria
- Martín Beristain, C. (2000). *Apoyo Psicosocial en Catástrofes Colectivas*. Venezuela: Asociación Venezolana de Psicología Social y Comisión de Estudios de Postgrado. Universidad Central de Venezuela.
- Martín Beristain, C. (2001). Reconstrucción del Tejido Social. En C. San Juan (Ed.), *Catástrofes y ayuda de emergencia. Estrategias de evaluación, prevención y tratamiento* (p. 149-176). Barcelona: Icaria Antrazyt.
- Maskrey, A. (1993). *Los desastres no son naturales*. Bogotá: LA RED.
- Ovejero, A. (1997). *El individuo en la masa: Psicología del comportamiento colectivo*. Oviedo: Nobel.
- Raphael, B. (1986) *When disaster strikes*. New York: Basic Books.
- Russel, R. (1972). *A perspective on disaster planning*. Report series 11 Newark Disaster Research Center. University of Delaware
- Saavedra, M. (1996). *Desastre y riesgo: actores sociales en la reconstrucción de Armero y Chinchiná*. Bogotá: Centro de Investigación y Educación Popular.
- Santacruz, M. y Cruz, M. (2001). El impacto psicosocial de los terremotos: una aproximación empírica. *Estudios Centroamericanos (ECA)*, 631-632, 497-517.
- Sobrinó, J. (2003). *Terremoto, terrorismo, barbarie y utopía*. San Salvador: UCA Editores.
- Thompson, P. (1980). *La voz del pasado*. Valencia: Alfons el Magnánim
- Wilches Chaux, G. (1989). *Desastres, Ecologismo y Formación Profesional*. Popayán: Editorial Sena.
- Worden, J. W. (1991). *Grief counseling and Grief Therapy*. London: Tavistock/Routledge
- Yáñez, S. (2002). Apoyo psicosocial en tiempo de oscuridad: una experiencia compartida en El Salvador. *Estudios Centroamericanos (ECA)*, 649-650, 1103-1120.

PARTE

IV

La evaluación de programas de intervención psicosocial

- Capítulo 15. Evaluación de programas de intervención psicosocial
Hilda Gambará y Elvia Vargas.
- Capítulo 16. La evaluación de programas de acogimiento residencial de protección infantil
Jorge F. del Valle y Amaia Bravo.
- Capítulo 17. Evaluación participativa y de empoderamiento de programas de intervención con inmigrantes
Manuel Francisco Martínez y Julia Martínez.
- Capítulo 18. El servicio de consejería familiar de una oficina de consejos familiares en Suecia
Mario Zetino Duarte.
- Capítulo 19. El reto de evaluar programas sociales inadecuadamente planificados: un caso colombiano
Elvia Vargas Trujillo.

Evaluación de programas de intervención psicosocial¹

Hilda Gambará
y Elvia Vargas Trujillo

«El escritor (el evaluador) debe ser testigo insobornable de su tiempo, con coraje para decir la verdad, y levantarse contra todo oficialismo que, enceguecido por sus intereses pierde de vista la sacralidad de la persona humana».

Ernesto Sábato (1998): Antes del fin, p. 73



¹ Agradecemos muy especialmente la retroalimentación que nos proporcionaron Jorge F. del Valle, José Manuel Hernández, Carmen Pozo Muñoz y Mario Zetino Duarte al finalizar la lectura de la primera versión de este capítulo. Sus comentarios y sugerencias nos permitieron complementar y precisar la información que se presenta.

COMPENDIO DEL CAPÍTULO

En los capítulos precedentes se han desarrollado los fundamentos de la intervención psicosocial, así como del diseño e implementación de los programas que pretenden mejorar las condiciones de vida de las personas, grupos, comunidades y sociedades a fin de favorecer su bienestar. Ahora es el momento de centrarnos en la evaluación de los mismos. Lo haremos a lo largo de los próximos cinco capítulos y comenzaremos trazando el marco teórico de la evaluación de programas de acuerdo con el siguiente esquema:

1. ¿Qué es la evaluación de programas de intervención psicosocial?
 2. El papel de la evaluación en el ciclo de intervención psicosocial
 3. Elementos metodológicos en la evaluación de impacto y de resultados
 4. Pasos en la planificación de una evaluación
 5. Conclusiones
-

1. ¿QUÉ ES LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL?

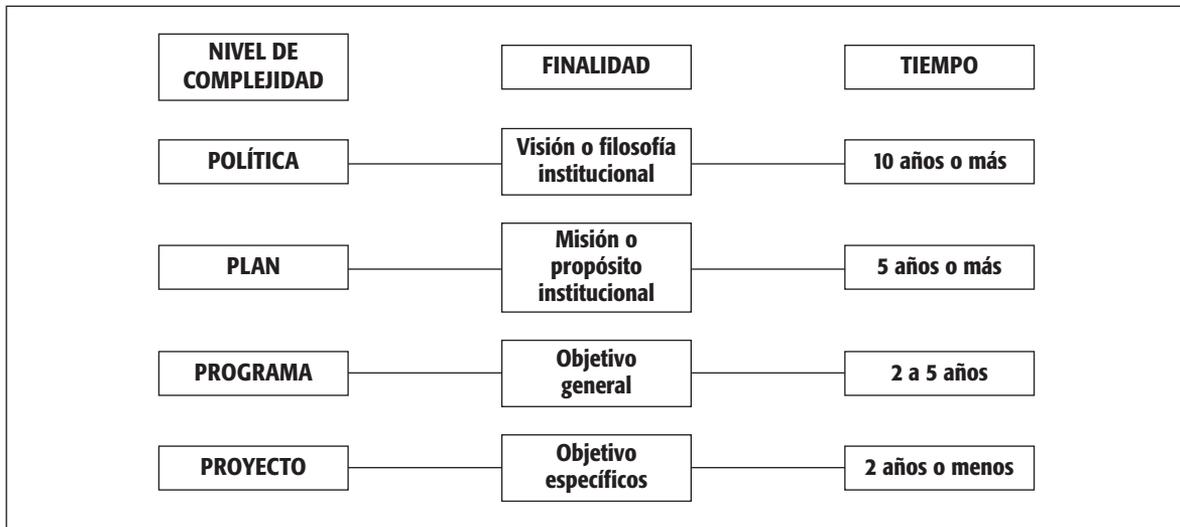
1.1. Definiciones

El concepto de evaluación es de uso frecuente, tanto en las conversaciones cotidianas como en los contextos profesionales. Comenzaremos este capítulo con una revisión de sus diversas acepciones. Para ponernos en contexto recordemos que contrariamente a lo que popularmente se cree, un programa no es cualquier acción aislada que ejecutamos en un momento dado con un grupo de personas. Para que una intervención obtenga la condición de «programa» debe reunir las siguientes características:

- Debe ser un conjunto organizado y coherente de acciones humanas y de recursos materiales.
- Debe estar especificado de forma rigurosa y sistemática con el fin de alcanzar unos objetivos.
- Los objetivos deben haber sido definidos a partir de un análisis metódico del problema y de las necesidades insatisfechas que se deben atender con la intervención.
- Debe ser implantado tal y como fue diseñado, en un período de tiempo determinado y en un contexto social específico.

En palabras de Fernández-Ballesteros (1995, p. 77), un programa es «un conjunto especificado de acciones humanas y recursos materiales, diseñado e implantado organizadamente en una determinada realidad social, con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas». Ahora bien, aunque en este capítulo utilizaremos el término «programa» de manera genérica para referirnos al objeto de evaluación, en los primeros capítulos de este texto hemos visto que las intervenciones psicosociales pueden tener diferentes *niveles de complejidad* y *corresponder a distintos niveles de planificación*. La complejidad viene dada tanto por la cantidad y calidad de las actividades y de los recursos materiales que se requieren para lograr los fines propuestos como por el tiempo que exige su ejecución para el cumplimiento de los objetivos. El nivel de planificación, por su parte, viene definido por el contexto físico, administrativo, social y político desde el cual se diseña e implanta la intervención (organismos internacionales, dependencias gubernamentales, organizaciones no lucrativas, organizaciones no gubernamentales para el desarrollo, empresas privadas, agencias de cooperación, entre otras) (Pérez-Llantada y López, 1999). Como vemos en la Figura 15.1 las políticas corresponden al nivel más alto de complejidad en tanto que son los principios orientadores de los diversos planes, programas, proyectos, actividades y tareas coherentes entre sí que contribuyen al cumplimiento de su finalidad y, además, el lapso que exige el cumplimiento de sus metas no suele ser inferior a 10 años. En este esquema los proyectos pertenecen al nivel más bajo de complejidad porque no sólo implican la adaptación del programa a contextos políticos y administrativos concretos (Cook, Leviton y Shadish, 1985; Fernández-Ballesteros y Fernández del Valle, 2004) sino porque, además, el logro de sus objetivos amerita la realización de diversas actividades y tareas en un período de tiempo que, usualmente, es inferior a dos años (Ander Egg y Aguilar, 1990). Para el evaluador es relevante tomar en consideración la complejidad y el nivel de planificación de la intervención objeto de evaluación porque, como es obvio, no será lo mismo evaluar la *política* de bienestar, el *plan* gerontológico nacional, el *programa* de residencias para ancianos, que un *proyecto* en el que se especifican las actividades y tareas que se van a implementar en una residencia pública.

FIGURA 15.1. NIVELES DE PLANIFICACIÓN EN RELACIÓN CON FINALIDADES Y TIEMPOS DE EJECUCIÓN



Pero, ¿en qué consiste la evaluación de programas? Cuando planteamos esta pregunta a un grupo de personas que no ha tenido la oportunidad de aproximarse al tema en un contexto académico, observamos que el sentido común las lleva a definir la evaluación como una acción que implica, entre otras cosas, «valorar, examinar, estimar, medir, analizar, apreciar, cuantificar, juzgar, diagnosticar, opinar». Esta diversidad de connotaciones también la encontramos cuando nos aproximamos a la evaluación como una de las tareas del profesional de la Psicología. Efectivamente, en la literatura sobre el tema no existe una definición única, y las conceptualizaciones que se han propuesto han ido variando a lo largo de su breve historia. Mientras en las primeras definiciones se ponía el énfasis en la valoración del alcance de los objetivos del programa (por ejemplo Tyler, 1950), en los enunciados más recientes se propone la evaluación como una actividad inherente a las distintas fases del proceso de planificación e implementación de la intervención, las cuales se reproducen en un ciclo en espiral, curiosamente tal y como lo proponía ya Lewin en su trabajo de 1946 «Investigación-Acción y Problemas de minorías».

Es así como, con el tiempo, se ha pasado de una visión estática de la evaluación definida como una actividad puntual que ocurre al final de un proceso y que tiene el propósito central de determinar el éxito o fracaso de un programa, a una aproximación que resalta la importancia de la evaluación como un proceso inherente al ciclo de intervención psicosocial y cuyo objetivo se sitúa en aportar información útil para asegurar que la toma de decisiones sobre el programa permita la consecución de los fines que se persiguen. Desde esta perspectiva, la evaluación no es un fin sino, simplemente, un medio que utilizamos para mejorar la calidad de las intervenciones.

Como ejemplos de las definiciones de evaluación que se encuentran con frecuencia en la literatura podemos citar, en primer lugar, a Fernández-Ballesteros (1995, p. 23) quien plantea la evaluación de programas como «la sistemática investigación a través de métodos científicos de los efectos, resultados y objetivos de un programa con el fin de tomar decisiones sobre él». Por su parte, Rossi y Freeman (1993, p. 5), en su ya clásico manual, definen la evaluación como «una aplicación sistemática de los procedimientos de investigación social para valorar la conceptualización, el diseño, la implementación y la utilidad de los programas de intervención

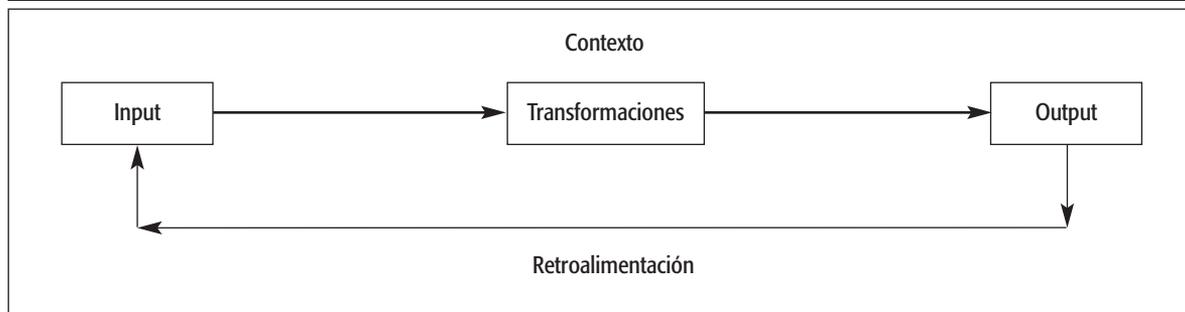
social». Más recientemente, Fitzpatrick, Sanders y Worthen (2004) definen la evaluación como la identificación, clarificación y aplicación de criterios previamente definidos, especificados y defendibles para juzgar el merito o valor del objeto de evaluación.

Para quienes definen la evaluación como una de las múltiples aplicaciones de la investigación psicosocial, sus resultados deben orientarse a comprender cómo un programa social exitoso puede ser diseñado, implementado, monitoreado y sostenido en una realidad social específica. De esta manera, tal y como afirma Lipsey (2000), la evaluación de programas es esencial para lograr el propósito de la intervención psicosocial que venimos defendiendo desde el primer capítulo: el mejoramiento de las condiciones sociales. Esto permite a los interesados contar con información científica confiable que les facilita tomar decisiones sobre las intervenciones más eficaces para satisfacer las necesidades de la población y modificar aquellos factores individuales o situacionales que afectan su bienestar.

Ahora bien, aunque la evaluación de programas implica la recopilación sistemática y rigurosa de datos y, por lo tanto, la aplicación de las metodologías de investigación propias de la disciplina psicológica, difiere de otras modalidades de investigación psicosocial en diversos aspectos y, fundamentalmente, en los problemas que aborda. Teniendo en cuenta a Vedung (1997), podemos decir que mientras en la investigación psicosocial los investigadores, por iniciativa propia, formulan el problema que guía el proceso de indagación, en la evaluación de programas los evaluadores, usualmente, trabajan por encargo para responder las preguntas que suelen tener los implicados sobre la intervención. Adicionalmente, mientras los investigadores no tienen como propósito inmediato la utilización de la información que arroja su actividad, la meta de los evaluadores es aportar información útil para la toma de decisiones sobre el programa objeto de escrutinio.

Lo anterior nos lleva a señalar, siguiendo a Rossi y Freeman (1993, p. 15), que la evaluación es más que la aplicación de métodos científicos. «Es también una actividad política y gerencial, un *input* en un complejo mosaico desde el que emergen las decisiones políticas y la asignación de fondos para la planificación, diseño, implementación y continuidad de programas para mejorar las condiciones humanas. En este sentido, la investigación evaluativa debe verse como una parte integral de la política social y de los movimientos de la administración pública». Por último, Chen (2005), desde la teoría de sistemas, define la evaluación como uno de los cinco componentes de cualquier política o programa. Este autor plantea que cualquier intervención, programa o política puede ser conceptualizado, como se observa en el Cuadro 15.1, en términos de *inputs*, *transformaciones*, *outputs*, *contextos* y *retroalimentación*.

CUADRO 15.1. COMPONENTES DE LA INTERVENCIÓN SEGÚN LA TEORÍA DE SISTEMAS (CHEN, 2005)



Los *inputs* son recursos (financieros, tecnológicos, humanos o físicos) que se toman del contexto para ser usados sistemáticamente a fin de sostener el programa. Las *transformaciones* representan los procesos que permiten convertir los *inputs* en *outputs*, y corresponden a la etapa de implementación del programa. Los *outputs*

son los resultados de las transformaciones, y conciernen al logro de los objetivos del programa. Los *contextos* se refieren a cualquier factor que puede facilitar u obstaculizar la implementación del programa. Incluyen las normas sociales, las estructuras políticas, las agencias financiadoras, los intereses grupales y las preocupaciones de los ciudadanos. La *retroalimentación* tiene que ver con la información que proporciona la evaluación para establecer si los inputs son adecuados y organizados, si las intervenciones se están implementando apropiadamente, si se están alcanzando los objetivos, si los clientes reciben servicios de calidad, y si los outputs demuestran que se están alcanzando las metas y satisfaciendo las expectativas de las agencias y de los responsables de la toma de decisiones. En el Cuadro 15.2 se ofrece una síntesis del desarrollo histórico de la evaluación de programas que facilita comprender el contexto sociopolítico en el que emerge como disciplina científica y los propósitos que ha tenido en diferentes momentos.

CUADRO 15.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

Siguiendo a Albaek (1998), resumimos a continuación el devenir de la disciplina de evaluación de programas². Este devenir obedece, básicamente, al contexto en que se desarrolla la evaluación y los múltiples intereses de las personas implicadas en la evaluación (*stakeholders*).

Una primera etapa corresponde a la década de los años 60 con la expansión del estado de bienestar en Estados Unidos. Aunque podemos encontrar antecedentes de la evaluación de programas surge ya en los años 30 en el ámbito educativo con el trabajo de Tyler, o en los años 40 con Kurt Lewin en el campo psicosocial, es en la década de los 60 cuando nace la evaluación como disciplina científica. En esta época, en Estados Unidos se produce un crecimiento del sector público y se proclama una «lucha contra la pobreza» que conduce al desarrollo de importantes programas desde distintos servicios sociales. Comienza a hacerse imperativo recolectar información para conocer la eficacia y eficiencia de los servicios ofrecidos. Es en este contexto donde surge la evaluación de programas fundamentándose en las aportaciones que las ciencias sociales pueden hacer a las políticas públicas. Subyace un enfoque de toma de decisiones que pretende ser lo más racional posible a través de los datos derivados de la ciencia positiva. Es decir, se enfatiza el carácter del rigor científico para la resolución de problemas sociales. Los resultados de la evaluación implicarían inmediatamente la toma de decisiones sobre la continuidad o no del programa o de las modificaciones necesarias para su mejoramiento. En esta época son claves las aportaciones de Scriven (1967, 1972), Campbell y Stanley (1963) y Suchman (1967).

En la década de los 70 se produce una crisis del estado de bienestar (consecuencia de la crisis del petróleo) y se hace patente que la investigación evaluativa no se estaba utilizando como se esperaba en la toma de decisiones políticas. Si durante la década anterior el énfasis se había puesto en la evaluación del impacto o sumativa, ahora se sitúa en la evaluación del proceso, donde los diseños experimentales son menos útiles, son necesarios una gran cantidad de datos contextuales y se utiliza información cualitativa; el énfasis se dirige ahora a la evaluación del proceso o sumativa. En general, la práctica evaluativa se aleja del conocimiento académico desarrollando nuevas prácticas. Es en este contexto donde surgen posturas como la de Weiss (1977), que destaca el carácter educativo o «ilustrador» (*enlightenment*) de la evaluación para la utilización del trabajo realizado por los evaluadores, o el enfoque de evaluación interaccionista o constructivista representado por Guba y Lincoln (1989).

A partir de la década de los 80 se produce una síntesis de las ideas subyacentes en las dos primeras etapas. Por un lado, se mantiene la preocupación de situar la evaluación en su contexto político pero, adicionalmente, se recupera el rigor metodológico y las garantías científicas de la primera etapa. Autores ilustrativos de esta etapa son Cronbach *et al.* (1980) y Cronbach (1982) quienes desarrollan la teoría de los UTOS (unidades, tratamientos, observaciones y situación) y Rossi y Freeman (1982/1993).

Por otra parte, surgen diseños de evaluación con el fin de «empoderar» a la gente (los beneficiarios) permitiendo su participación en el proceso de evaluación. Este tipo de evaluación está enraizada en la investigación-acción (Fetterman, Kaftarina y Wandersman, 1996).

² En los textos de Fernández del Valle y Bravo (2005), Pozo Muñoz, Hernández y Alonso (2004), Stufflebeam y Shinkfield (1987) se describe con una perspectiva más amplia y detallada el desarrollo histórico de la evaluación de programas.

1.2. Los tipos de evaluación

Las diversas concepciones sobre la evaluación de programas han dado lugar a una variedad de tipologías y modelos imposibles de abarcar en un solo capítulo³. En este apartado, presentamos algunos de ellos atendiendo a los siguientes criterios que hemos definido con fines prácticos e ilustrativos: *a) qué se evalúa, b) para qué, c) qué guía la evaluación, d) quién la efectúa, e) con quiénes se realiza el proceso de evaluación y f) cómo se ejecuta*. Cabe aclarar que esta clasificación no pretende ser exhaustiva. El objetivo en este texto es familiarizar al lector con los tipos y modelos de evaluación que se citan con mayor frecuencia en la literatura sobre la evaluación de programas. Una síntesis de esta clasificación se incluye en el Cuadro 15.3.

CUADRO 15.3. CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE EVALUACIÓN

¿Qué?	¿Para qué?	¿Qué guía la evaluación?	¿Quién?	¿Con quiénes?	¿Cómo?
<i>De proceso, seguimiento o monitoreo:</i> cuando se realiza para establecer si la implementación del programa se ejecuta tal y como se había previsto.	<i>Proactiva:</i> cuando lo que se busca es contar con información para la toma de decisiones respecto al futuro del programa.	<i>Los objetivos:</i> cuando los objetivos del programa constituyen la base para organizar los datos y definir los criterios de mérito de la intervención. Los objetivos guían todo el proceso evaluativo del programa.	<i>Desde dentro:</i> cuando es realizada desde la propia institución o por parte de quienes han propuesto y ejecutado el programa.	<i>No participativa:</i> cuando el proceso evaluativo se define en función de las cuestiones fundamentales que deben resolverse para hacer un juicio sobre el mérito de un programa sin atender a las preocupaciones de los involucrados en su planificación, implementación, gestión o financiación. En este tipo de evaluación es el evaluador quien se encarga de tomar las decisiones acerca del proceso evaluativo.	<i>Cuantitativa, experimental o positivista:</i> cuando se busca evaluar el programa a través de información confiable, generalizable, válida y objetiva que permita hacer predicciones a futuro.
<i>De resultados, de impacto o de caja negra</i>	<i>Retroactiva:</i> cuando lo que se pretende es	<i>Los resultados:</i> cuando el elemento	<i>Desde fuera:</i> cuando la evaluación la	<i>Participativa:</i> cuando el proceso	<i>Cualitativa o naturalista:</i> cuando se

³ A los interesados en ampliar la información sobre los tipos y modelos de evaluación se les recomienda el texto editado por Pozo, Alonso y Hernández (2004).

CUADRO 15.3. CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE EVALUACIÓN (Continuación)

¿Qué?	¿Para qué?	¿Qué guía la evaluación?	¿Quién?	¿Con quiénes?	¿Cómo?
cuando se ejecuta para verificar los efectos a corto, medio y largo plazo del programa.	dar cuenta de lo ejecutado o rendir cuentas contables para justificar el gasto.	organizador del proceso evaluativo son los resultados, planificados o no, del programa haciendo caso omiso de los objetivos.	realizan organizaciones o personas ajenas a los responsables de su planificación y ejecución.	evaluativo se define en función de los intereses y las preocupaciones de todos los involucrados en el programa (políticos, financiadores, planificadores, operadores, beneficiarios). Las decisiones sobre el proceso evaluativo se realizan con la participación activa de todos los interesados en el programa.	evalúa el programa recurriendo a información que revela cuál es la percepción que tienen del programa, sus procesos y resultados los involucrados en el mismo y comprender el significado que los participantes le atribuyen al programa.
	<p><i>Formativa</i> cuando el objetivo de la evaluación es obtener información que pueda ser usada para corregir errores en el proceso de implementación.</p> <p><i>Sumativa:</i> cuando se busca emitir un juicio de valor sobre los resultados del programa.</p>	<p><i>La teoría:</i> cuando se usa la teoría que fundamenta el programa como referente para la definición de las actividades evaluativas.</p>	<p><i>Mixta:</i> cuando el equipo de evaluación está integrado tanto por personas involucradas en el programa como por expertos externos.</p>		<p><i>Mixta, multiplista, pluralista o integrativa:</i> cuando se utilizan diversos enfoques teóricos y metodológicos y una combinación de métodos de recolección de información, análisis de datos y contraste de hipótesis.</p>

Evaluación de proceso vs. Evaluación de resultados. La evaluación de proceso tiene como propósito examinar si el programa se ejecuta tal y como se había planificado. Esta forma de evaluación implica describir la forma como se lleva a cabo la implementación del programa y el contexto en el que tiene lugar, documentar las actividades cotidianas de la intervención y proveer información que pueda facilitar la interpretación de los datos que arroja la evaluación de resultados. Por otro lado, la evaluación de resultados tiene como finalidad

examinar los efectos del programa. Este análisis puede centrarse en los efectos intermedios de la intervención, es decir, los que se van logrando en el proceso de implementación, o en los resultados que se obtienen al finalizar la ejecución del programa o después de transcurrido un tiempo.

Evaluación proactiva, ex ante o a priori vs. Evaluación retroactiva, ex post o a posteriori. La primera se realiza cuando el objetivo es contar con información para la toma de decisiones respecto al futuro del programa, mientras que la evaluación retroactiva tiene como finalidad rendir cuentas de lo realizado o justificar el gasto del programa. Estos dos tipos de evaluación corresponden a la función que dio origen a la evaluación: demostrar a los ciudadanos que su dinero se emplea bien. El término *accountability* refleja esta función de la evaluación y permite comprender por qué, históricamente, la evaluación se inserta como una práctica común de los regímenes democráticos, hasta el punto de ser uno de los aspectos fundamentales que los distinguen de los regímenes dictatoriales. Desde esta perspectiva, la evaluación tiene como fin identificar los beneficios estratégicos, tácticos y operacionales de invertir en un determinado programa. No obstante, circunscribir la evaluación a una rendición de cuentas es una aproximación parcial, en tanto que no permite poner en evidencia los procesos y la calidad de las actuaciones que se relacionan sólo parcialmente con la rendición de cuentas. Por ejemplo, en el ámbito educativo, desde el punto de vista de rendición de cuentas, un Rector podría informar sobre el número de alumnos matriculados, el costo que representa la relación profesor/alumno y los gastos mensuales de sostenimiento del proyecto educativo institucional. Sin embargo, esta información no dice nada sobre la calidad de la educación que reciben los alumnos. Actualmente se reconoce que la evaluación ha de abarcar ambos aspectos.

Evaluación formativa vs. Evaluación sumativa (Scriven, 1967, 1996). Este criterio de clasificación obedece al propósito que se persigue con cada tipo de evaluación. La evaluación formativa cumple la tarea de proporcionar información para orientar el proceso de implementación de la intervención y contribuir a su mejoramiento. La evaluación sumativa tiene como finalidad evaluar los efectos del programa y determinar si las actividades satisfacen las necesidades de la población diana. Aunque no es el criterio que distingue a estas evaluaciones, la evaluación formativa se suele realizar durante las primeras fases de desarrollo de un programa; la evaluación sumativa habitualmente se realiza en fases intermedias y finales del desarrollo del mismo. En cualquier caso, puesto que un programa va cambiando y rara vez se aplica tal y como originariamente estaba previsto, la evaluación debe ser un proceso continuo en el contexto del desarrollo y modificación de los programas. Ambos tipos de evaluación se complementan y, aunque se pueden realizar de manera independiente, no son excluyentes. La evaluación realizada por Stufflebeam, Gullickson y Wingate (2002) al programa que la Fundación Consuelo desarrolló para satisfacer las necesidades habitacionales y de desarrollo comunitario en una de las áreas más deprimidas y con mayores índices de criminalidad en Hawái, ilustra claramente cómo se complementan la evaluación sumativa y formativa (el informe se puede consultar en www.wmich.edu/evalctr/pubs/consuelo).

Evaluación guiada por los objetivos del programa vs. Evaluación guiada por los resultados vs. Evaluación guiada por la teoría. La evaluación que se realiza con base en los objetivos del programa, tal como fueron enunciados en el proceso de planificación, busca establecer si los resultados son consecuencia de la intervención. Autores como Vedung (1997) y House (1980) afirman que en este tipo de evaluación los objetivos son el punto de partida del proceso de valoración del programa y que la tarea más importante del evaluador es recopilar evidencias para determinar la medida de éxito de la intervención. El éxito del programa se establece a partir de la discrepancia entre los objetivos predefinidos y los resultados alcanzados (House, 1980).

El modelo de evaluación guiada por los resultados, también conocido como libre de objetivos (Scriven, 1973), centra sus esfuerzos en identificar los resultados que ha generado el programa haciendo caso omiso de los objetivos explícitos o implícitos de la intervención. En este caso el evaluador diseña el proceso evaluativo con el único propósito de averiguar, con una perspectiva amplia y global, los efectos que está teniendo el programa. El mérito del programa se establece al contrastar sus resultados con las necesidades y expectativas de los beneficiarios del mismo o de la población que está siendo afectada por la intervención.

En contraste, las evaluaciones guiadas por la teoría requieren que los evaluadores definan la teoría que subyace al programa. En los capítulos precedentes se planteó que los programas deben tener una base teórica clara que describa el plan de intervención y el mecanismo que relaciona sus acciones con los resultados esperados de manera que permita explicar el origen del problema y su mantenimiento, el procedimiento y las condiciones de aplicación de la intervención (Achúcarro y San Juan, 1996). En el contexto de la evaluación, Chen y Rossi (1992) definen la teoría del programa como la «especificación de lo que se debe hacer para alcanzar las metas deseadas, de otros impactos importantes que deben anticiparse, y de la forma como estas metas e impactos se van a generar» (p. 2).

En general, se recomienda usar la teoría del programa como referente para la definición de las actividades evaluativas, incluyendo la selección del método de investigación que se usará para la recolección de información y el análisis de los datos. De esta forma, es posible describir y justificar por qué ciertas acciones conducen a determinados resultados, al tiempo que se puede explicar cómo y por qué fracasa o tiene éxito (Bireckmayer, 2000; Lipsey, 2000). Además, la información generada por este tipo de evaluación puede mejorar la conceptualización del programa al tiempo que contribuye al desarrollo y la validación de la teoría que lo sustenta. La evaluación basada en la teoría es particularmente útil cuando se pretende juzgar programas de intervención en ámbitos comunitarios complejos, de los cuales se requiere describir con claridad cómo y por qué funcionan de la manera que lo hacen (Holder, Saltz, Treno, Grebe y Voas, 1997).

Quienes defienden la evaluación guiada por la teoría afirman que ésta contribuye al desarrollo del conocimiento científico, permite establecer las posibilidades reales de generalización del programa, discrimina entre el fracaso de la teoría y el fracaso del programa, determina en qué medida el programa es pertinente para abordar el problema, y responde a las necesidades de la población objetivo (Achúcarro y San Juan, 1996).

Evaluación interna vs. Evaluación externa. Este criterio de clasificación responde a quién efectúa la evaluación. Se conoce también como evaluación desde dentro o desde fuera. La evaluación externa se lleva a cabo por personas expertas en evaluación pero ajenas a la implementación y ejecución del programa, lo que las capacita (al menos eso es lo que se espera) para llevar a cabo una evaluación más objetiva del programa en cuestión. La evaluación interna, sin embargo, es conducida por personal implicado en el programa de intervención, conocedor en profundidad de las características y desarrollo del mismo. Como es de esperar, las ventajas de realizar una evaluación interna se convierten en desventajas de la evaluación externa y viceversa. En cualquier caso, al igual que en la clasificación entre evaluación formativa/sumativa, la realización de una evaluación interna no excluye la realización de una evaluación externa. Idealmente, la evaluación formativa debería llevarse desde dentro para maximizar la mejora del programa, sobre todo cuando el programa aún no está consolidado. Por el contrario, es más apropiada una evaluación externa para la evaluación sumativa, fundamentalmente en programas ya consolidados a fin de mejorarlos, si fuera el caso, y justificar la inversión en ellos. Como punto intermedio entre estos dos extremos del continuo que se establece entre la evaluación interna y externa encontramos la *evaluación mixta*. En este caso el equipo evaluador está compuesto tanto por agentes externos como internos. Así, el personal vinculado al programa se encarga por lo general de evaluar los aspectos organizativos de la intervención y el personal externo de los aspectos más técnicos. El Programa Nacional de Evaluación de la Calidad del Sistema Universitario en España es un claro ejemplo de evaluación mixta. Dicho programa implicaba tres fases: la primera suponía la evaluación interna de cada institución, la segunda la evaluación por parte de pares externos y, la última, implicaba nuevamente una evaluación interna. En el Cuadro 15.4 se resumen las características de las modalidades de evaluación que hemos revisado en función de quién la realiza.

Evaluación No Participativa vs. Evaluación Participativa. En la evaluación no participativa o «tradicional» el control sobre las actividades evaluativas lo ostenta el «experto» para dar respuesta a las preguntas e intereses de los académicos, las agencias financiadoras y los organismos gubernamentales responsables de la toma de decisiones (Weiss, 2005). En este tipo de evaluación el profesional responsable del proceso evaluativo consulta a los involucrados en diferentes momentos del proceso de evaluación, pero no los hace partícipes de sus decisiones.

CUADRO 15.4. CARACTERÍSTICAS DE LA EVALUACIÓN SEGÚN QUIÉN LA REALIZA

	Evaluación Interna	Evaluación Externa	Evaluación Mixta
¿Quién realiza la evaluación?	Desde dentro de la institución/centro que diseña/ejecuta el programa.	Desde fuera de la institución/centro que diseña/ejecuta el programa.	Desde dentro y desde fuera.
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> • Buen conocimiento del programa. • Facilita la mejora del programa. • Menor reactividad de las personas observadas. • Menor coste. • Minimiza conflictos entre la población beneficiaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor objetividad. • Mayor conocimiento y uso de estándares y técnicas de evaluación. • Mayor independencia y credibilidad social. • Generalmente, mayor experiencia en evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integra las ventajas de la evaluación interna y externa.
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor subjetividad. • Menor independencia y credibilidad social. • Menor conocimiento y uso de los estándares y técnicas de evaluación. • Riesgo de realizar evaluaciones como justificación de lo realizado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resistencias para la mejora del programa. • Mayor reactividad y desconfianza de la población beneficiaria. • Mayor coste. • Poco tiempo. • Desconocimiento en profundidad del programa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gran coste material y temporal. • Dificultades en conseguir acuerdos.

Por otro lado, en la evaluación participativa el control sobre la evaluación es compartido entre el evaluador y los distintos agentes implicados en las fases del proceso. Es decir, en la evaluación participativa se pretende que los interesados en el programa (políticos, financiadores, planificadores, operadores, beneficiarios) participen activamente en el planteamiento de la agenda de la evaluación, en los criterios que se van a tener en cuenta para juzgar la calidad de la intervención, en la definición de los medios para lograr los objetivos que se han propuesto, en la obtención de la información, en el análisis de los datos, en la interpretación de los resultados, y en la toma de decisiones sobre el programa a partir de los hallazgos (MacNeil, 2005). De esta manera, se presupone que se fortalecen las capacidades de los beneficiarios para: *a)* analizar la realidad en términos políticos y sociales; *b)* organizarse y promover cambios individuales y colectivos, y *c)* participar y decidir sobre los asuntos que afectan su bienestar. En el Cuadro 15.5 se resumen las fortalezas y debilidades de este tipo de evaluación.

La evaluación participativa, particularmente su desarrollo más reciente, la llamada evaluación democrática, se basa en tres principios (House, 2005): *Inclusión*: se invita a participar en el proceso tanto a los patrocinadores, planificadores y ejecutores como a los grupos menos representados y con menor poder de decisión. *Diálogo*: se favorece que los implicados en el proceso de evaluación intercambien sus perspectivas, experiencias, preguntas, ideas, inquietudes, opiniones e intereses. *Deliberación*: se propicia el análisis crítico y la discusión argumentativa de los hallazgos y de las decisiones que afectan a todos.

Evaluación cuantitativa vs. Cualitativa. El capítulo de Jorge López y Bárbara Scandroglio abundará en las relaciones entre lo cualitativo y lo cuantitativo, pero ello no nos debe ahorrar un comentario somero a esta distinción. Si bien el debate encendido entre evaluación cuantitativa vs. evaluación cualitativa de la década

CUADRO 15.5. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA EVALUACIÓN PARTICIPATIVA**Evaluación participativa***Fortalezas:*

- Mayor aceptación por parte de la población.
- Dinámica en el diálogo entre partes.
- Genera compromiso en la población beneficiaria.

Debilidades:

- Gran coste material y temporal.
- Dificultades de conseguir consenso; posibles conflictos de intereses entre las partes.
- Desconocimiento de parte del equipo de las técnicas de evaluación (requiere formación).

de los 80 ha perdido fuerza y en la práctica evaluativa actual es habitual encontrar elementos de ambas perspectivas, ambos enfoques parten de principios ontológicos, epistemológicos y metodológicos contrapuestos (véase, p. e., la revisión de Sechrest y Figueredo, 1993 o Ballesteros, 1995). Así el enfoque cuantitativo plantea que existe una realidad ajena al evaluador que puede ser conocida con independencia del observador (objetivismo). Metodológicamente se postula el intervencionismo en el que el control, la manipulación y la medición sistemática son garantías de rigor científico. Por el contrario, para el enfoque cualitativo existen múltiples realidades socialmente construidas (relativismo), de tal modo que la realidad sólo se puede conocer a través de la relación entre el observador y el observado (subjektivismo, no hay conocimiento sin sujeto). Metodológicamente se propone la hermenéutica, siendo el evaluador el principal instrumento en la comprensión del fenómeno bajo estudio.

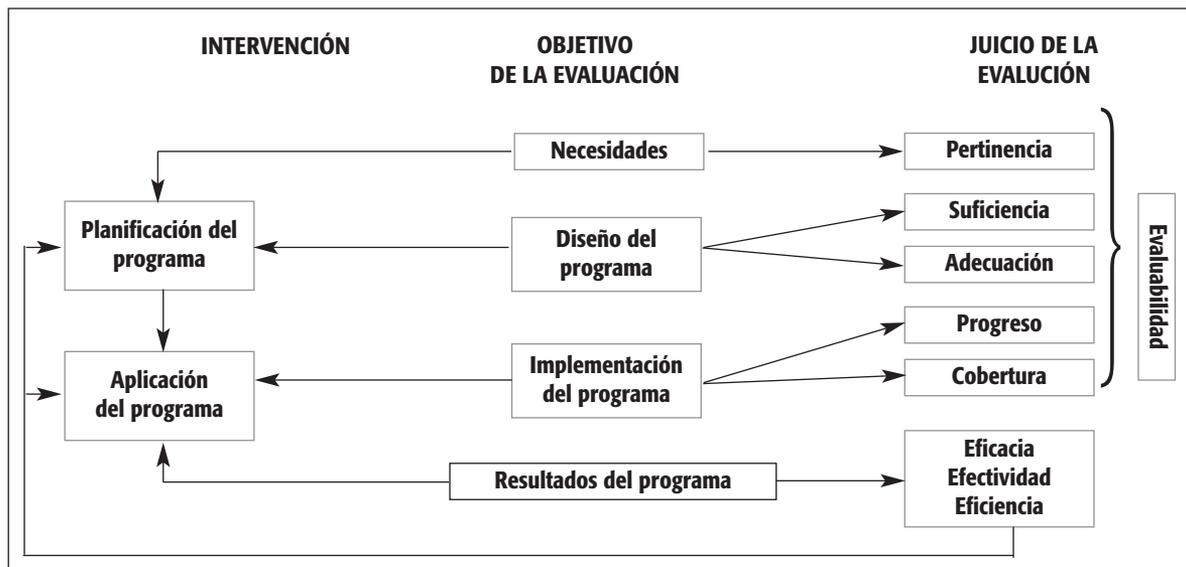
En términos generales el paradigma cuantitativo se puede decir que posee una concepción global positivista hipotético-deductiva, particularista, objetiva, dirigida a los resultados y propia de las ciencias naturales, puesto que está orientada a «descubrir» las leyes de la naturaleza y de las relaciones y organizaciones humanas. Por su parte, el paradigma cualitativo (naturalista) presenta una concepción fenomenológica global, inductiva, estructuralista, subjetiva, centrada en el proceso y propia de la antropología social (Reinhart y Cook, 1986), orientada a «construir» sistemas teóricos que permitan resolver los problemas que en cada momento y lugar histórico enfrentan diferentes grupos humanos. Remitimos al lector al Capítulo 20 para una reflexión sobre ambos enfoques.

2. EL PAPEL DE LA EVALUACIÓN EN EL CICLO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

A lo largo de los capítulos previos hemos tenido la oportunidad de ver que un programa de intervención debe contemplarse como un ciclo en espiral, articulado y progresivo, que se inicia con el reconocimiento de un problema que puede ser especificado a través de una serie de necesidades, continúa con su formulación o diseño, prosigue con su implementación y se retroalimenta con su valoración. Si hablamos de ciclo en espiral es porque las distintas etapas son interdependientes, unas conducen a otras y se retroalimentan entre sí. Por lo tanto, para considerar convenientemente cada fase es necesario conocer el contenido y desarrollo de las demás. Como ya hemos mencionado, entendemos la evaluación no como la etapa final de ese proceso, sino como una más de las operaciones que se repiten ordenadamente en el tiempo dentro del ciclo de la intervención psicosocial.

Si en capítulos anteriores se han tratado en profundidad las fases de planificación y aplicación de la intervención, ahora examinaremos las actividades evaluativas implicadas en cada una de esas fases, centrándonos en la evaluación de resultados, dejando para el siguiente apartado los aspectos metodológicos de tal evaluación. La Figura 15.2 nos servirá de guía para el desarrollo de tales actividades. Así, en dicha figura se observa que la fase de planificación de la intervención se debe acompañar de una evaluación de las necesidades a atender y/o del diseño especificado para satisfacerlas (objetivos, estrategias, actividades, recursos humanos y materiales). En la fase de aplicación se evalúa el proceso de implementación de la intervención y los resultados de la intervención a corto, medio y largo plazo (seguimiento). Cada una de estas actividades permite hacer un juicio valorativo acerca del programa y retroalimentar el ciclo, de tal forma que este se constituye en un proceso de mejoramiento continuo en espiral.

FIGURA 15.2. OBJETO DE LA EVALUACIÓN Y JUICIOS VALORATIVOS SEGÚN LAS FASES DE LA INTERVENCIÓN



2.1. Evaluación en la fase de planificación de la intervención

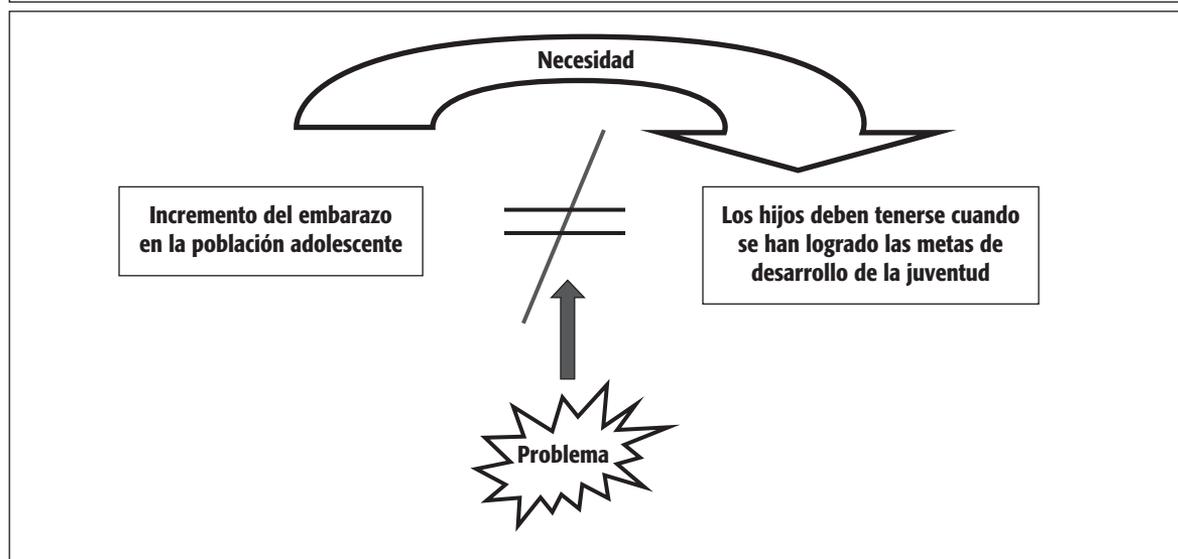
En esta primera fase del ciclo de la intervención psicosocial, las actividades evaluativas están orientadas a la identificación de necesidades y a la valoración de los objetivos y del diseño de la intervención. Ya comentamos que la evaluación de esta primera fase se conoce como evaluación *proactiva, ex ante o a priori*. Este tipo de evaluación incluye la evaluación de necesidades y la evaluación del diseño del programa.

2.1.1. La evaluación de necesidades

En el contexto de la intervención psicosocial decimos que hay un problema cuando una situación, evento, proceso o comportamiento difiere del estándar establecido. Cuando las cosas no funcionan bien inferimos

que existe una necesidad insatisfecha y que debemos hacer algo para minimizar la «brecha» o reducir la «discrepancia» entre la situación actual, real, observada y la situación ideal, proyectada, definida como estándar (Moroney, 1977). En la Figura 15.3 se ilustra la relación entre el problema y la necesidad. El problema es lo que nos indica que existe una necesidad insatisfecha: la diferencia entre lo real y lo deseable. En el Capítulo 1 hemos tenido la oportunidad de ver que la necesidad, en cambio, se establece a partir del análisis de los factores que explican la discrepancia existente entre la situación actual y la ideal. Es lo que se requiere para transformar la situación que hemos definido como problemática y para acercarla cada vez más al ideal o estándar. Por ejemplo, en el caso de la gestación adolescente o de la demora en la actividad sexual (dos ejemplos que encontramos en sendos capítulos de este texto) la necesidad se refiere a lo que hace falta para lograr que las personas tengan sus hijos cuando han logrado las metas de desarrollo de la juventud.

FIGURA 15.3. RELACIÓN ENTRE UNA SITUACIÓN IDENTIFICADA COMO PROBLEMÁTICA Y LA NECESIDAD



Puesto que un programa se lleva a cabo para resolver un determinado problema, la evaluación de necesidades es útil para especificar la naturaleza de dicho problema y establecer las condiciones en línea base. A partir de aquí el evaluador podrá valorar los cambios producidos. El evaluador debe enjuiciar en esta fase la *pertinencia* del programa; es decir, si la intervención es útil y responde a las necesidades existentes. Para ello es necesario tomar en consideración los problemas y las carencias de la población beneficiaria, la identificación adecuada de la población diana, las políticas (objetivos y prioridades) nacionales, regionales o locales en el sector de intervención, la existencia de otras actuaciones sinérgicas, complementarias o competitivas, las capacidades técnicas y financieras con las que se cuenta. Para proceder con la evaluación de necesidades se puede hacer uso de diversas fuentes de información: *a)* datos estadísticos provenientes de censos de población, encuestas de demografía y salud, sistemas de vigilancia epidemiológica; *b)* encuestas, entrevistas, observaciones y otras técnicas de recogida de información (por ejemplo, entrevistas a grupo focal, grupos de discusión, método Delphi); *c)* historias clínicas y otros registros de utilización de servicios.

2.1.2. La evaluación de diseño

La evaluación de diseño consiste en un análisis pormenorizado de las estrategias y las actividades que se han especificado para intervenir sobre el problema con el fin de emitir un juicio acerca de la *suficiencia* y *adecuación* del programa. La suficiencia se refiere a conocer si teóricamente los recursos (humanos, materiales y técnicos) aplicados para implantar el conjunto de acciones estructuradas que constituyen el programa son potencialmente convenientes para los fines que se pretende conseguir. El evaluador puede contribuir a alcanzar la fidelidad de un programa valorando la claridad de la descripción de la intervención, el grado de compromiso por parte del personal, el grado de supervisión, de flexibilidad en la intervención, de la población diana. Como es obvio, las intervenciones que se describen en términos vagos facilitarán múltiples interpretaciones. En definitiva, se trata de enjuiciar la *suficiencia* teórica de la intervención para lograr los objetivos que se persiguen.

El juicio de *adecuación*, por su parte, se realiza cuando, con base en el análisis del problema, se examina cuál es la estrategia de intervención más apropiada para darle solución. La evaluación de la adecuación teórica de la intervención para lograr la finalidad de la intervención (modificar una situación definida como problemática) corresponde a la pre-evaluación del programa. La pre-evaluación se realiza antes de que se lleve a cabo la implementación de la intervención a fin de responder preguntas como las siguientes: ¿es posible implementar el programa tal como ha sido diseñado? ¿Qué problemas pueden presentarse en el proceso de implementación? ¿Los beneficiarios del programa aceptarán la intervención o se resistirán a participar en ella? ¿Qué aspectos logísticos u organizativos del programa pueden impedir u obstaculizar su implementación? ¿Cuenta la organización con los recursos, las habilidades y el compromiso requerido para llevar a cabo la intervención tal y como ha sido planificada? ¿Están los operadores capacitados para realizar las actividades del programa? ¿Se justifican todos los componentes y las actividades del programa para lograr los objetivos que se persiguen? ¿Tiene la organización la experiencia requerida para llevar a cabo la intervención?

En síntesis, durante esta fase la evaluación permite clarificar las preguntas que pueden o no responderse en una eventual evaluación de resultados partiendo del diseño inicial del programa. Es decir, la evaluación de diseño permite reajustar algunos componentes de la intervención en la fase de planificación, de cara a la evaluación posterior de resultados.

2.2. Evaluación en la fase de aplicación de la intervención

La aplicación es la fase de ejecución del programa de intervención. En esta fase la evaluación implica valorar el progreso de la implementación del mismo (evaluación de proceso) y hacer seguimiento de los resultados que se obtienen a corto, medio y largo plazo (evaluación de resultados e impacto). En el Cuadro 15.6 se encuentra un ejemplo de evaluación en la fase de aplicación de las Escuelas de Perdón y Reconciliación —ESPERE en Colombia (Toro, 2005).

CUADRO 15.6. EVALUACIÓN DE LAS ESCUELAS DE PERDÓN Y RECONCILIACIÓN EN COLOMBIA

Recientemente se realizó una evaluación tanto de proceso como de resultados en una Escuela de Perdón y Reconciliación —ESPERE— en Bogotá. Dichas escuelas son claves en un contexto como el colombiano, «donde los procesos de desarme de grupos armados ilegales, la reinserción de estos a la vida civil y en general el escalamiento de la violencia familiar y social, reiteran la necesidad de continuar buscando salidas pacíficas y alternativas de paz duradera» (Toro, 2005, p. 9). Las ESPERE son una alternativa comunitaria para abordar el conflicto cuya premisa fundamental es que «si los individuos y los colectivos sociales logran superar los

CUADRO 15.6. EVALUACIÓN DE LAS ESCUELAS DE PERDÓN Y RECONCILIACIÓN EN COLOMBIA (Continuación)

traumas causados por la violencia, accediendo a niveles adecuados de perdón y reconciliación, entonces lograrán reducir de manera satisfactoria y perdurable los niveles de violencia y atraso» (Toro, 2005, p. 31).

Las ESPERE se llevan a cabo en barrios de Bogotá con altos niveles de conflicto y violencia. Cada ESPERE se conforma con un grupo de 10 -15 personas que es convocado y liderado por un animador previamente formado para constituirse en multiplicador de la metodología en su comunidad. Las ESPERE trabajan en ofensas producidas por conflictos interpersonales que no implican altos niveles de violencia, a lo largo de 80 horas de taller cuyas temáticas están organizadas por módulos.

Dado que las ESPERE son una adaptación de modelos provenientes de otros países, se consideró necesario adelantar un estudio evaluativo para responder a tres cuestiones: 1) si los programas de intervención de estas escuelas se estaban operacionalizando desde los planteamientos teóricos en los que estos se basan (concretamente desde los modelos de Enright, 2003 y Herman, 1997); 2) si la implementación del programa se estaba ejecutando según estaba planificado y 3) si el programa estaba logrando los objetivos planteados en relación a las cambios cognitivos, afectivos y conductuales de los participantes. Además, con el fin de generalizar resultados, el equipo evaluador planteó la necesidad de realizar una evaluación posterior de otras escuelas implementadas tanto en Colombia como en Brasil bajo el mismo marco de referencia teórico.

2.2.1. La evaluación de la implementación del programa

La ejecución del programa presupone que se ha llevado a cabo un proceso riguroso de planificación. Las actividades evaluativas, por tanto, van dirigidas a la observación del progreso de la intervención, anticipando las posibles desviaciones sobre lo planificado para realizar los ajustes necesarios. En ese sentido, la acción evaluativa busca determinar la fidelidad con la que se está ejecutando el conjunto de acciones y recursos previstos. Se trata de definir en qué medida una intervención se lleva a cabo tal y como estaba planificada. La construcción de un sistema de monitoreo del programa durante esta fase ayudará a verificar que el programa se desarrolle fielmente (un ejemplo de monitoreo en un programa de servicios sociales puede encontrarse en Alvira, 1991). Además, la evaluación del proceso es una fuente de datos para la evaluación de resultados porque lo importante en esta fase es valorar si la puesta en marcha del programa ha sido la correcta con el fin de alcanzar los resultados previstos (véase Cuadro 15.7). Por lo tanto, los juicios valorativos que se derivan de la evaluación de *proceso* hacen referencia al progreso o avance en la aplicación del programa y a la *cobertura*, es decir, al porcentaje de la población diana que se está beneficiando de los servicios.

CUADRO 15.7. DOCE PREGUNTAS PARA CONTROLAR LA EVALUACIÓN DE PROCESO (Alvira, 1997)

- ¿La intervención se ejecuta como se había planeado?
- ¿Se está atendiendo a la población prevista?
- ¿Todos los participantes se benefician de la misma forma?
- ¿Qué grado de participación y satisfacción se está logrando?
- ¿Cuál es la demanda?, ¿qué tanto se atiende?, ¿qué factores inciden en la fluctuación de la demanda?
- ¿Es adecuada la importancia relativa que se da a cada una de las actividades del programa?
- ¿Quiénes son los beneficiarios directos e indirectos del programa?, ¿cuántos son y qué características tienen?
- ¿Cómo se realizan las actividades? ¿Los recursos del programa son suficientes y adecuados?
- ¿Cómo se puede optimizar la utilización de los recursos?
- ¿Cómo funciona el equipo del programa?, ¿cómo es la comunicación entre sus miembros y cómo resuelven los conflictos?

CUADRO 15.7. DOCE PREGUNTAS PARA CONTROLAR LA EVALUACIÓN DE PROCESO (Alvira, 1997) (Continuación)

- ¿Están bien organizadas y distribuidas las actividades y tareas del programa?
- ¿Cómo es la interacción de los miembros del equipo con los beneficiarios del programa?

Las actividades de evaluación en esta fase incluyen el montaje de un sistema de información que permite registrar datos sobre los beneficiarios y sus características, la observación participante o sistemática de las actividades en el contexto de implantación, la realización de entrevistas o encuestas a usuarios y operadores de los servicios, la conducción de grupos de discusión con usuarios, y la elaboración de diarios de campo por parte de los operadores del programa.

Vale la pena señalar que la evaluación de proceso no se realiza exclusivamente en la fase de implementación del programa y, por lo tanto, no sólo tiene como finalidad anticipar las posibles desviaciones sobre lo planificado para realizar ajustes sobre la marcha. Este tipo de evaluación también puede ser ejecutada cuando el programa ha sido concluido y tiene como meta valorar qué condujo a los resultados que se observan. En ese sentido, las preguntas a responder con la evaluación serían, además de las ya mencionadas en el Cuadro 15.7, las siguientes: ¿cómo fueron ejecutadas las actividades del programa?, ¿quiénes participaron en el proceso de implementación?, ¿cómo se invirtieron los recursos destinados al programa?, ¿contaba con la capacitación requerida para ejecutar las acciones y responsabilidades asignadas el personal responsable del programa?, ¿los responsables del programa tenían claros los objetivos?, ¿compartía el equipo el marco de referencia teórico o conceptual que fundamentaba el programa? En síntesis, el propósito central de la evaluación de proceso cuando el programa ya ha sido ejecutado es señalar qué aspectos de dicho proceso fueron los que incidieron en los resultados obtenidos y la forma como afectaron el logro de los objetivos del programa.

2.3. Evaluación de resultados y de impacto

Siguiendo el ciclo de intervención, una vez implementado el programa se realiza la evaluación de resultados y de impacto, o evaluación *ex post* o *a posteriori*. Si los resultados se refieren a los efectos encontrados por el programa, el impacto hace hincapié en los efectos que provoca a largo plazo sobre la población no destinataria y sobre el contexto del programa. Ahora bien, esta no tiene por qué realizarse una vez concluido el programa. Como ya se ha señalado, es conveniente que las actividades de seguimiento del programa permitan medir/valorar el cumplimiento de los objetivos de la intervención a corto, medio y largo plazo, al tiempo que se desarrolla el programa y se modifica. Las actividades asociadas a este tipo de evaluación incluyen: *a)* la formulación de objetivos del programa si estos no estuvieran definidos, o su reformulación; *b)* el desarrollo de indicadores de cumplimiento de objetivos, y *c)* la identificación de las medidas apropiadas.

Ya lo hemos comentado: lo ideal es que el evaluador esté implicado en el programa de intervención desde las primeras fases. Sin embargo, esto no es lo habitual y por tanto una primera actividad reside en clarificar y establecer los objetivos antes de que se empiece la evaluación de resultados propiamente dicha. Una herramienta útil para tener una visión clara y rápida de los objetivos de un programa es el «Modelo o Marco Lógico del Programa». Chen (2005) describe este modelo como una representación gráfica de la teoría y de los supuestos que sustentan la acción del programa objeto de evaluación.

Como se observa en el Cuadro 15.8, en una página se describen e ilustran las relaciones lógicas que se establecen entre los componentes del programa y los resultados esperados. El modelo incluye generalmente una descripción de la población diana, de los recursos (personales, físicos, financieros), las acciones o pasos, de los componentes del programa (agrupamiento de actividades), de los resultados y objetivos (incluyendo medidas

o indicadores). Este modelo se desarrolla en la fase de planificación y se utiliza como guía para la evaluación de proceso y de resultados en tanto que pone de manifiesto cuáles son las variables a considerar, los problemas o barreras en el seguimiento del programa, así como las variables que se piensa son parte de la cadena causal entre las acciones del programa y los resultados. No obstante, cuando el modelo lógico del programa no se elabora en la fase de diseño, el evaluador de proceso y de resultados debe proceder a construirlo mediante la consulta de archivos y entrevistas con los implicados. Son varias las razones que aconsejan el uso del Modelo Lógico por parte de los gestores de los programas y sus evaluadores. He aquí las cuatro más importantes:

- Si se utiliza en el proceso de planificación permite visualizar claramente la conceptualización del programa.
- En el proceso de implementación orienta a los operadores sobre la cadena de eventos que se deben llevar a cabo para lograr los objetivos de la intervención.
- Si está suficientemente detallado permite formular el diseño de la evaluación.
- Da cuenta de la teoría del programa y, por lo tanto, permite interpretar los resultados de la evaluación y facilita la toma de decisiones.

CUADRO 15.8. MODELO LÓGICO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE UN CENTRO PARA FAMILIAS SIN HOGAR (Adaptado de Mulroy y Lamber, 2004)

Principios/supuestos teóricos	Actividades	Resultados inmediatos	Resultados intermedios	Objetivo final
<p>Factores externos (por ejemplo Sistema económico empobrecido) tienen efectos sobre las familias y los individuos.</p> <p>Las comunidades saludables proveen apoyo, liderazgo, oportunidades para la toma de decisiones, recursos y promueven el respeto por las diferencias culturales e individuales.</p> <p>El compañerismo y la colaboración generan recursos y actividades que fortalecen a las familias y a los individuos.</p>	<p>Redes sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades escolares conjuntas. • Planificación comunitaria. • Entrenamiento de los profesionales. <p>Mejoramiento comunitario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades escolares. • Celebraciones. • Consejería. • Coordinación con voluntarios. 	<p>El compañerismo entre organizaciones incrementará las ofertas de educación y de entrenamiento.</p> <p>Los participantes participarán en cursos de educación y preparación para el trabajo.</p>	<p>Incremento en las actividades familiares.</p> <p>Conclusión de la participación en actividades voluntarias.</p>	<p>Alojamiento estable y tendencia hacia la autosuficiencia.</p>

CUADRO 15.8. MODELO LÓGICO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE UN CENTRO PARA FAMILIAS SIN HOGAR (Adaptado de Mulroy y Lamber, 2004) (Continuación)

Principios/supuestos teóricos	Actividades	Resultados inmediatos	Resultados intermedios	Objetivo final
<p>El entrenamiento laboral apropiado y los servicios educativos pueden prevenir que las personas se queden sin hogar.</p> <p>Las necesidades de los participantes varían ampliamente; por consiguiente, se requiere de diversos servicios que faciliten a las personas moverse hacia la auto-suficiencia.</p> <p>Todas las familias tienen fortalezas y recursos, son pares, merecen apoyo y necesitan servicios comprensivos y oportunidades para desarrollar sus potencialidades.</p>	<p>Entrenamiento laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparación para el trabajo. • Desarrollo de habilidades laborales. <p>Educación/habilidades para la vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro de aprendizaje. • Clases de computadoras. • Clases sobre presupuesto. • Alfabetización. <p>Fortalecimiento familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases de crianza. • Talleres de salud. • Servicios. • Consejería en crisis. • Información y remisión. 	<p>Las familias mejorarán sus habilidades para la resolución de problemas y se reducirán los conflictos entre vecinos.</p> <p>Las familias enfrentarán menos eventos de crisis que impidan su participación en el programa y estarán mejor capacitados para manejar las crisis a través de la utilización de los recursos y servicios comunitarios.</p>	Ubicación laboral.	

Dado que en muchas ocasiones los programas de intervención psicosocial se planean con base en la experiencia, el bagaje profesional, la intuición y las creencias que se han ido construyendo en el campo particular de quienes lideran la intervención, al evaluador le compete la tarea de hacer evidentes los supuestos teóricos que subyacen al programa, tratando de que quienes se encargan de diseñarlo y ejecutarlo expresen con claridad las hipótesis que tienen sobre por qué sus actividades conducen a ciertos resultados deseables. En la medida en que el equipo del programa logra describir sus supuestos acerca de los mecanismos mediante los cuales genera cambios con la intervención, el evaluador puede establecer cuál es el modelo lógico del programa y hacer evidente así la teoría que lo fundamenta. A este marco de referencia que sustenta el programa difícilmente se le puede conceder el estatus de «teoría científica»; no obstante, todos los programas cuentan con un modelo conceptual implícito o explícito que describe las relaciones que hay entre los recursos, las actividades y los resultados de la intervención (Chen 2005).

En síntesis, al navegar por el modelo lógico, el evaluador puede responder a preguntas del siguiente tenor: ¿cuáles son los supuestos acerca de los procesos causales del problema y de qué manera va a incidir la intervención en su modificación? ¿Cuáles son los componentes del programa y las actividades necesarias para

lograr los resultados que se buscan? ¿Cómo se debe implementar el programa para lograr el cambio deseado? ¿Qué se requiere a nivel organizacional para poder ejecutar las actividades previstas? ¿Qué características deben tener los operadores del programa? ¿Quiénes son los beneficiarios directos e indirectos del programa? ¿Cómo se debe acceder a la población diana? Esta información permite al evaluador estructurar el proceso de evaluación e interpretar los hallazgos.

Efectivamente, una vez especificado claramente el Modelo lógico del Programa se procede a la definición de los criterios que se van a tener en cuenta para valorar el programa. Los criterios de valoración habituales se refieren a la eficacia, la efectividad y a la eficiencia del programa. Vayamos brevemente a cada uno de ellos, haciendo dos salvedades: *a)* las definiciones de estos conceptos pueden variar ligeramente según los autores que se consulten, *b)* los criterios evaluativos utilizados habitualmente por las agencias internacionales de cooperación y por el Comité de Ayuda al Desarrollo en los proyectos de desarrollo son pertinencia, eficacia, eficiencia, impacto y sostenibilidad.

La **Eficacia** es una medida del grado o nivel de alcance del objetivo del programa y los resultados de una actividad en una población beneficiaria y en un periodo temporal determinado, sin considerar los costes en los que se incurre para obtenerlos. Para determinar la eficacia del programa es necesario que esté claramente definido el objetivo último, los resultados que se esperan conseguir, y a quiénes afecta. En caso de formulaciones ambiguas, será labor del equipo evaluador hacer explícitos los problemas detectados en la operativización de objetivos. La evaluación de la eficacia de un programa implica determinar el efecto que ha tenido la intervención cuando la implementación ha ocurrido en condiciones ideales.

La **Efectividad** implica determinar los efectos que tiene el programa, independientemente de que estos hayan sido previstos o no en el proceso de planificación de la intervención. Existen consecuencias no intencionadas de las intervenciones que en ocasiones van en la dirección deseada, pero en otras no. Es decir, bajo este criterio, se analizan todos los efectos posibles, tanto positivos como negativos, previstos o no previstos. Siguiendo la propuesta de Scriven (1972) de «evaluación libre de objetivos», se recomienda que el evaluador esté abierto a estudiar los efectos de la intervención más allá de los objetivos propuestos.

Por ejemplo, los resultados del estudio sobre fecundidad adolescente que realizaron Flórez, Vargas Trujillo, Henao, Soto, González y Kassem (2004), con una muestra representativa de adolescentes y combinando metodologías tanto cuantitativas como cualitativas, mostraron que los programas de educación sexual que se han venido implementando en Colombia desde 1993 no han tenido efectos significativos sobre la probabilidad de inicio de actividad sexual y que, en el caso de la gestación adolescente, han tenido un efecto contrario al esperado. Se encontró que la información sexual que las adolescentes reciben de los padres y del colegio (centrada en anti-concepción, infecciones de transmisión sexual, embarazo no planeado y aborto) aumenta de manera significativa la probabilidad de una primera gestación en la adolescencia.

La **Eficiencia** es una medida del logro de resultados en relación con los recursos que se consumen. Un programa será eficiente en la medida que busque una combinación óptima de recursos financieros, materiales, técnicos, naturales y humanos para maximizar resultados. Es una medida de la productividad del proceso de ejecución. Este criterio trata de responder a preguntas relacionadas con la adecuada utilización de los recursos. El análisis de la eficiencia puede implicar, en determinados proyectos, un análisis de costo-beneficio, costo-eficacia o costo-efectividad (véase Cuadro 15.9). El análisis costo-beneficio, que implica un análisis «monetarista» de la intervención, lo realizan generalmente profesionales de economía y administración, mientras que los psicólogos nos centramos en el análisis de costo-eficacia y costo-efectividad de la acción social.

CUADRO 15.9. EVALUACIÓN DE COSTOS/BENEFICIOS

En este tipo de análisis se ponen en relación los costes económicos requeridos para implementar un programa con los beneficios obtenidos, medidos también económicamente. Es decir, los costes y los beneficios deben expresarse de una manera métrica comparable.

Un programa será exitoso si los beneficios exceden los costes.

Existen diversos problemas con este tipo de análisis. Por un lado, hay resultados que son muy difíciles de cuantificar económicamente (¿cómo cuantificar, por ejemplo, la satisfacción de los padres?) y, por otro, hay que tener en cuenta que lo que es un beneficio para unos puede representar un coste para otros.

Así, la mayoría de los evaluadores no llevan a cabo este análisis porque es caro, complicado y no falta de controversia. Por ejemplo, existen programas cuyo beneficio es tan importante que no importa tanto el coste, como la «efectividad del coste». La pregunta ahora es, dado un beneficio, ¿se puede conseguir éste a un menor coste? En ese caso, la misión del evaluador es comparar dos o más intervenciones que se proponen los mismos objetivos para determinar cuál es la que proporciona una mejor relación costo/beneficio.

Los economistas discuten en términos de «coste real» que implica el coste + costes indirectos. Así, por ejemplo, el coste de fumar no es equivalente al coste de los paquetes de cigarrillos, el verdadero coste incluye además los gastos derivados de los cuidados de salud debidos al hecho de fumar. Es decir, el coste real de un programa incluye los efectos inmediatos derivados del mismo más los efectos a largo plazo (impactos).

Para profundizar en el análisis de coste/beneficio y en el análisis de la eficiencia se puede consultar Cohen y Franco (1992), Rossi y Freeman (1993).

Por otro lado, Ormala (1994) sostiene que la evaluación de la eficiencia y efectividad de un programa no se puede reducir a una medida única. Por el contrario, compromete un conjunto de medidas tanto cualitativas como cuantitativas en diferentes dimensiones: *a)* capacidad para generar nuevos productos, proyectos y programas; *b)* aprendizajes individuales y colectivos que favorecen el establecimiento de redes; *c)* impacto en la definición de políticas; *d)* incremento en el tamaño de la organización; *e)* el impacto social; *f)* contribución al desarrollo del conocimiento, al progreso científico, a la conformación de comunidades académicas y a la formación de capital humano cualificado.

Pero como quiera que la evaluación debe entenderse dentro del ciclo de intervención, en la evaluación de resultados deberíamos retomar de nuevo la pertinencia del programa. Si bien este criterio debe analizarse en la fase de planificación para determinar si la intervención paliará ciertas necesidades de la población, en esta fase se tomará en cuenta con el fin de determinar si el programa debe continuar, ampliarse o realizarse en otro contexto.

En resumen, la evaluación de resultados puede ser entendida como una etapa propia «pero también como una acción que es transversal a todas las etapas del ciclo del proyecto, al nutrirse constantemente de análisis evaluativos, tanto en la preparación del proyecto, como en el seguimiento del mismo. La acción evaluadora es [inherente] a todas las etapas del ciclo, dado que la propia naturaleza del proyecto y su permanente exigencia de toma de decisiones incorpora la necesidad de que éstas se apoyen en consideraciones fundadas. Así, es necesario tener en cuenta la evaluación dentro del ciclo de intervención del proyecto, junto con los distintos momentos en que pueden recogerse los datos evaluativos y juicios valorativos que de ella se derivan» (González, 2000, p. 15). En el Cuadro 15.10 se sintetizan las acciones evaluativas que pueden ocurrir en el ciclo de la intervención psicosocial que hemos descrito en los párrafos precedentes.

¿Podemos proceder siempre a la evaluación de resultados de un programa? Las evaluaciones generalmente son costosas en tiempo y en recursos, de suerte que antes de embarcarse en una evaluación es conveniente analizar si es posible llevarla a cabo satisfactoriamente. Para ello se debe considerar tanto la adecuación de la planificación del programa como las posibles barreras con las que se puede topar el evaluador.

CUADRO 15.10. ACCIONES EVALUATIVAS EN EL CICLO DE UN PROGRAMA (Adaptado de González, 2000)

Etapa	Actividades del programa	Acción evaluativo	Temporalidad
Preparación	Identificación y formulación del problema. Planificación.	Evaluación de necesidades. Evaluación de Diseño.	Evaluación <i>ex ante</i> .
Implementación	Ejecución.	Evaluación de progreso.	Evaluación intermedia.
	Seguimiento.	Evaluación de resultados. Evaluación de impacto.	Evaluación <i>ex post</i> .

Para establecer si merece la pena comprometerse en un estudio evaluativo, Wholey (1987) sugiere efectuar previamente una **evaluación de la evaluabilidad**. En esta misma línea Fernández-Ballesteros y Hernández (1995) proponen un *Listado de Cuestiones Relevantes en Evaluación de Programas (LCREP)* con ciertas garantías psicométricas. Este listado analiza dos grandes dimensiones: calidad y barreras, entendiendo por calidad el rigor con el que se ha llevado a cabo el ciclo de intervención, y por barreras los distintos problemas que se pueden presentar durante la evaluación. En el capítulo de Vargas-Trujillo se recoge una aplicación del *LCREP* en la evaluación de un programa de intervención psicosocial en Colombia.

En realidad, el análisis de la evaluabilidad de un programa busca responder a dos grandes cuestiones: *a) ¿es posible llevar a cabo la evaluación?, b) ¿en qué medida es posible responder a las preguntas del cliente con la información que hay sobre el programa y en la situación en que se encuentra?* La respuesta a estas preguntas requiere el análisis de documentos de archivo, la observación directa de las acciones del programa y entrevistas con directivos, técnicos, operadores y usuarios del programa. A partir del análisis de esta información podemos identificar las razones que en determinados momentos justificarían posponer la evaluación (Fernández-Ballesteros, 1995; Fitzpatrick, Sanders y Worthen, 2004; Hernández, 2003):

1. El programa no está suficientemente descrito o especificado y no hay acuerdo entre los distintos implicados sobre el modelo lógico del programa. En este caso es muy difícil llegar a establecer cuál es el problema que atiende, cuáles son sus objetivos, cuáles son las actividades que lleva a cabo, en dónde se ejecuta y en qué consiste el programa.
2. El proceso de implementación difiere significativamente de lo inicialmente planificado. Además, las acciones que se llevan a cabo no permiten lograr los objetivos previstos.
3. No hay datos confiables sobre el proceso de implementación del programa. No se sabe cuántas personas, grupos, comunidades o instituciones se han beneficiado de las acciones del programa; no se sabe qué componentes del programa se han ejecutado, cómo y con qué recursos.
4. No hay claridad o consenso sobre los objetivos de la evaluación y el uso que se le va a dar a la información que arroja.
5. El plan de evaluación más pertinente para responder a las demandas del cliente no se puede ejecutar con los datos y recursos disponibles.
6. El uso que se le va a dar a la evaluación es ambiguo.
7. Los problemas, barreras u obstáculos que van a surgir durante el proceso de evaluación son insalvables y que hay una alta probabilidad de que se impida el proceso de evaluación.

A modo de resumen presentamos en el Cuadro 15.11 los diferentes juicios de evaluación derivados de cada una de las fases del ciclo de intervención. El evaluador deberá clarificar qué juicios se solicitan para focalizar el tipo de evaluación y, en consecuencia, planificar las actividades de evaluación a realizar.

CUADRO 15.11. RESUMEN DE LOS DIFERENTES JUICIOS O CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Evaluabilidad: juicio valorativo sobre la factibilidad de evaluar un programa.

Pertinencia de un programa: juicio sobre la adecuación de las necesidades que el programa pretende cubrir.

Suficiencia: juicio valorativo sobre el ajuste teórico de los medios para conseguir los objetivos que se pretenden.

Progreso del programa: juicio sobre adecuación de la implantación del programa. Implica una evaluación de proceso.

Eficacia: juicio sobre el grado o nivel de alcance de los objetivos y resultados del programa en una población beneficiaria y en un periodo temporal determinado.

Efectividad: juicio valorativo sobre los efectos del programa, independientemente de que hayan sido previstos como objetivos del programa.

Eficiencia: juicio valorativo del logro de resultados en relación con los recursos que se consumen.

Viabilidad o Sostenibilidad: juicio sobre el grado en que los efectos positivos derivados de la intervención continúan una vez se ha retirado la ayuda externa. Este criterio es demandado habitualmente en el ámbito de programas de cooperación.

3. ELEMENTOS METODOLÓGICOS EN LA EVALUACIÓN DE IMPACTO Y DE RESULTADOS

En la evaluación de resultados y del impacto de un programa es necesario tener en consideración, al menos, tres elementos: *a)* ¿qué resultados o efectos se van a evaluar?; *b)* ¿qué estrategias se van a utilizar para poder atribuir los cambios encontrados al programa de intervención?, y *c)* ¿cómo se van a analizar dichos cambios?

El desarrollo de este apartado pretende seguir el hilo de estas tres preguntas a través de los siguientes subapartados: qué evaluar y cómo registrar la información, los diseños de evaluación y, finalmente, el análisis de los datos.

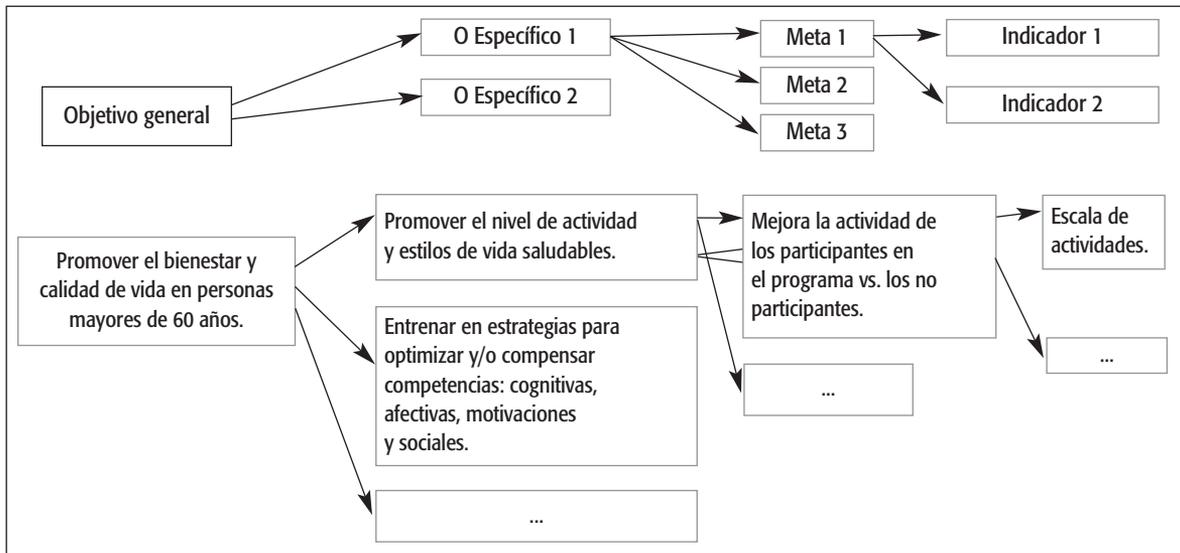
3.1. Qué evaluar y cómo registrar la información

En la evaluación de resultados, las medidas de las variables y/o condiciones sociales que el programa espera cambiar constituyen las variables dependientes (VDs). Para describir y evaluar dichos cambios es clave que se hayan definido adecuadamente los objetivos generales y específicos del programa. El evaluador deberá estimar cuál o cuáles son los indicadores más apropiados para tales objetivos, de suerte que el indicador se convierte en la unidad que permite medir el alcance de un objetivo específico mediante un referente empírico. Volvamos por un momento al Capítulo 2 para recordar la secuencia en el diseño de una intervención: una vez identificado el problema, se decía, se definen los objetivos que queremos traducir en metas a alcanzar de manera clara y mensurable. Como se observa en la Figura 15.4 la traducción de estas metas en términos operativos constituirán los indicadores.

El rigor exigible a todo el proceso de evaluación implica, en este punto, la consideración de las propiedades psicométricas de las diferentes medidas o indicadores, de tal manera que se garantice la fiabilidad y validez de la información que proporcionan y que estos sean sensibles a los potenciales efectos del programa.

Es aconsejable que las metas establecidas de manera cuantitativa se expliciten haciendo referencia a algún punto de comparación, bien con una situación ideal, bien con los resultados de años anteriores o de programas

FIGURA 15.4. RELACIÓN ENTRE OBJETIVOS E INDICADORES (un ejemplo adaptado de Caprara, 2005, p. 32)



similares. Tomemos un ejemplo de Weiss (1975) para ilustrar este punto. Supongamos que en un programa vocacional se inscriben 400 personas, de las cuales finalizan 200; de estas encuentran empleo 100, y 50 siguen trabajando tres meses más tarde. ¿Cuál de los datos anteriores puede indicarnos el éxito del programa? Aunque un cambio es mejor que ninguno, y más vale que 50 personas encuentren empleo y lo mantengan, esto puede no representar la meta de la intervención. Esta falta de concreción puede reflejarse posteriormente en el informe de evaluación con comentarios del tipo: «un *total* del 25 por ciento de los participantes del programa encontraron empleo al finalizar este», que no es lo mismo que decir, «*sólo* encontraron empleo el 25 por ciento».

En términos generales, los indicadores pueden constituirse en datos con significado estadístico, recogidos básicamente a través de instrumentos cuantitativos, o en palabras organizadas en discursos con contenido semántico obtenidas a través de métodos cualitativos (Hernández, 1996). Ya hemos hecho referencia somera a la polémica cuantitativo vs. Cualitativo, y el Capítulo 20 lo hará más detalladamente, únicamente señalaremos que desde diversas disciplinas se han desarrollado muy distintos instrumentos útiles para recabar la información necesaria en el proceso evaluativo inherente a cada una de las fases del ciclo de intervención psicosocial, es decir, tanto para una evaluación de necesidades, del progreso o de resultados.

Brevemente, con las técnicas de recogida de información de índole cuantitativa se pretende obtener una medida, un dato de calidad preciso, válido y fiable. Para ello, idealmente, se utilizarán instrumentos con garantías científicas ya probadas. Algo que, como resalta Hernández (1996), es difícil de cumplir en este ámbito donde, dado el carácter de singularidad del programa a evaluar, es frecuente desarrollar instrumentos de recogida de información *ad hoc* (lo que, en cualquier caso, no debería eximir de un estudio de las propiedades psicométricas mínimas mediante, por ejemplo, estudios piloto). Las limitaciones de extensión de este capítulo nos impiden desarrollar los instrumentos considerados como técnicas cuantitativas (por ejemplo, entrevista estructurada, encuesta, técnicas de autoinforme, observación, indicadores sociales, económicos y de salud, datos de archivo). El lector puede encontrar una descripción de los mismos en Hernández (1996), quien destaca como criterios en la selección de estas técnicas la «utilidad» para extraer la información necesaria en relación a los posibles

cambios generados tanto en la situación como en los individuos y la «no limitación», entendida como el uso de aquellas técnicas que sirvan al propósito del evaluador superando su procedencia metodológica. A estos criterios habría que añadir el de aplicabilidad, rigor y competencia técnica en su uso por parte del evaluador o equipo evaluador.

En la práctica, si la función de la evaluación es determinar si se han alcanzado los objetivos y metas del programa, el evaluador puede encontrarse con diversas situaciones. La situación ideal es que estos estén bien definidos, y cada uno de ellos señale y concrete al menos un indicador de su cumplimiento. Sin embargo, la situación ideal no suele ser la habitual, y lo más probable es encontrarse con objetivos generales del programa, lo que obliga al evaluador a especificar los objetivos concretos y a determinar los indicadores que reflejarán cada objetivo y la manera de medirlos.

Más problemática es la situación en la que se solicita evaluar un programa que ni siquiera ha concretado los objetivos generales. En tales casos, la tarea del evaluador comenzará por indagar, a través de diferentes fuentes o de las audiencias implicadas y a través de múltiples instrumentos de recogida de información, cuáles son esos objetivos. En el siguiente capítulo se mostrarán los problemas que enfrenta el evaluador cuando los objetivos del programa no están suficientemente especificados. Por ejemplo, en la etapa preliminar de recolección de información para la evaluación de las Escuelas de Perdón y Reconciliación de Colombia, previamente comentado (véase Cuadro 15.6), el equipo evaluador no encontró una declaración explícita de los objetivos del programa. No obstante, teniendo en cuenta la teoría que fundamenta el método de la intervención se logró inferir el objetivo general del mismo.

Ahora bien, no sólo puede o debe interesar conocer si se han cumplido los objetivos (eficacia), sino si el programa está produciendo otros efectos no esperados, tanto positivos como negativos (efectividad). Un conocimiento en profundidad del programa y de la teoría subyacente al mismo, incluido el conocimiento de otros programas similares, ayudará al evaluador a proponer los indicadores o medidas de efectos no contemplados por el programa y a mantener una cierta actitud flexible y abierta para detectar su aparición.

Si existe la posibilidad de utilizar indicadores e instrumentos estándar se contará entre otras ventajas con la de poder conocer sus garantías científicas, además de permitir las comparaciones interculturales o interprogramas si se utilizan en situaciones semejantes. En el Cuadro 15.12 se encuentran algunos de los indicadores que el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) utiliza para comparar y clasificar a más de 170 países en función del Índice de Desarrollo Humano teniendo en cuenta la Perspectiva de Género.

CUADRO 15.12. INDICADORES PARA CALCULAR EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO (IDG) EN CADA PAÍS

- Esperanza de vida al nacer de hombres y mujeres.
- Mortalidad de niñas y niños al nacer.
- Mortalidad de niños y niñas lactantes.
- Niñas y niños menores de cinco años con peso insuficiente.
- Tasa de fecundidad de hombres y de mujeres.
- Tasa de alfabetización de hombres y de mujeres adultos/as.
- Tasa de matrícula escolar de niños y niñas.
- Número de asaltos a hombres y a mujeres en sus casas y en sitios públicos.
- Porcentaje de escaños parlamentarios ocupados por mujeres.
- Porcentaje de puestos ejecutivos y gerenciales ocupados por mujeres.
- Porcentaje de ingreso femenino proveniente del trabajo.

Cuando no se cuente con medidas estándar se pueden desarrollar instrumentos *ad-hoc*, pero hay que tener en cuenta que el análisis necesario para constatar las garantías científicas de las medidas e indicadores recogidos conllevan una serie de recursos materiales, humanos y temporales no siempre disponibles en el contexto de la evaluación. Por ejemplo, en la evaluación de la eficacia de un programa cuyo objetivo general es promover el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores de 60 años (Caprara, 2005) se midieron los siguientes indicadores: actividades, ejercicio físico, alimentación, salud y relaciones sociales a través de escalas ya desarrolladas previamente por otros autores. Sin embargo, el indicador «opiniones sobre la vejez» se midió a través de una escala construida para el estudio, basada en otra ya estandarizada, y sobre la que se comprobó la fiabilidad de la misma.

Por último, puesto que el contexto donde se aplica el programa de intervención es un aspecto central, suele ser conveniente recoger datos sobre las condiciones socio-políticas, ambientales, organizativas, económicas o históricas del programa, ya que pueden contribuir a la interpretación de los resultados encontrados.

Una vez señalados los indicadores más adecuados para observar o no los cambios provocados por el programa y cómo vamos a medirlos, el siguiente reto es poder atribuir tales cambios de manera inequívoca a la intervención, al producirse ésta en un contexto donde, probablemente, se producirán otros muchos cambios que pueden exagerar o enmascarar los efectos del programa. Ese es, precisamente, el propósito de los diseños de evaluación.

3.2. Estrategias para evaluar los resultados e impacto: la elección del diseño

3.2.1. Cuestiones de validez

Como ya se ha repetido en varias ocasiones, la evaluación de programas de intervención psicosocial debe generar un producto de calidad; en otras palabras, un producto que sea válido. Para valorar dicha validez Campbell y colaboradores plantean un marco conceptual donde definen este concepto como «... la mejor aproximación disponible a la verdad o falsedad de una proposición» (Cook y Campbell, 1979, p. 37). Básicamente estos autores distinguen cuatro tipos de validez: interna, externa, de constructo y de la conclusión estadística. Vamos a cada una de ellas.

La *validez interna* se refiere al grado de seguridad que tenemos a la hora de atribuir los cambios al programa de intervención y no a otras causas. Mientras que se encuentren explicaciones alternativas a los resultados, la validez interna será pobre. Hay una serie de amenazas potenciales que pueden hacer tambalear la confianza depositada en la atribución de los cambios observados al programa de intervención. Algunas tienen que ver con el efecto de la historia, de la maduración, de la adaptación de los participantes a las pruebas, los efectos de la instrumentación, los debidos a la regresión a la media, la pérdida no aleatoria de sujetos, y la selección de las muestras según sus características con respecto a la variable independiente (recibir o no el programa). Por ejemplo, un sesgo de selección habitual en este contexto se deriva del hecho de que en muchas ocasiones la inclusión de los potenciales beneficiarios de los programas de intervención es voluntaria, de suerte que los participantes en el programa son, de entrada, más susceptibles de mejorar frente a los no voluntarios al tener, por ejemplo, mayor motivación, más tiempo para poder «modificar» su situación o menor resistencia al cambio. En el Cuadro 15.13. presentamos algunas preguntas que ayudan a identificar la posible presencia de estas amenazas.

La *validez externa* se refiere a la generalización de los resultados a diferentes situaciones, participantes, programas o contextos similares. Aunque la singularidad de cada programa puede hacer pensar que la generalización no es importante si el programa en cuestión «funciona», hay que tener en cuenta que un programa concreto no puede ser «exactamente» duplicado bajo otras circunstancias, por lo que la generalización es un elemento clave para que los actores políticos decidan apostar por la continuación o implantación del programa bajo

condiciones similares. La pregunta central en este terreno es la siguiente: ¿bajo qué circunstancias está justificado realizar generalizaciones? Existen tres elementos que favorecen la validez externa: *a)* trabajar con muestras no sesgadas; *b)* la posibilidad de replicar las evaluaciones, y *c)* una buena fundamentación teórica.

**CUADRO 15.13. PREGUNTAS CLAVE PARA DETECTAR ALGUNAS AMENAZAS A LA VALIDEZ INTERNA
(Adaptado de Mertens, 1997)**

Historia ¿Puede algún suceso, ajeno al programa, estar influyendo sobre los resultados?

Maduración ¿Es posible que los cambios biológicos o psicológicos de los participantes en el programa estén influyendo sobre los resultados?

Adaptación a las pruebas ¿Es posible que los participantes modifiquen sus respuestas a las pruebas por haberlas realizado previamente?

Instrumentación ¿Se ha producido alguna modificación en los instrumentos de medida utilizados en los diferentes momentos de recogida de información, por ejemplo, en una medida de pre-test y en otra de post-test?

Regresión a la media ¿Se han utilizado grupos extremos?

Sesgo de selección ¿Los grupos que participan en el estudio se diferencian en más aspectos que los derivados por la aplicación del programa?

Pérdida no aleatoria de sujetos ¿Se han producido «bajas» durante la intervención?; ¿está asociada esta pérdida de sujetos a uno de los grupos de comparación?

Una muestra estará libre de sesgo si mantiene las características de la población sobre la que se quiere generalizar los resultados encontrados. Los procedimientos de muestreo aleatorio son, en principio, los que más garantías ofrecen para obtener muestras representativas. Además, deberá tenerse en cuenta la tasa de respuesta o la tasa de cooperación, entendida como el número de unidades que finalmente participan en el estudio evaluativo, dividido por el número de unidades inicialmente seleccionadas para su participación. Si esta tasa es pequeña puede ser indicativa de una pérdida no aleatoria de participantes, pérdida probablemente asociada a alguna variable extraña. Por ejemplo, en un programa de prevención del maltrato infantil aquellos padres que no consienten que los niños participen en la intervención pueden ser los que tengan un mayor riesgo de dar un trato inadecuado a sus hijos. Por otra parte, es claro que la realización de evaluaciones de programas similares sobre los que se obtienen resultados semejantes constituye un argumento para la generalización de los resultados. Por último, las evaluaciones realizadas sobre programas fundamentados en teorías tienen una mayor garantía de generalización.

La *validez de constructo* se relaciona con la correspondencia entre los conceptos utilizados y la operativización de los mismos. Es decir, tiene que ver con la adecuación de los indicadores y mediciones, aspecto desarrollado en el subapartado anterior. Puesto que un constructo se refiere a la variable o fenómeno teórico que se quiere estudiar, en muchas ocasiones éste no será directamente observable, y entonces será necesario determinar cómo medirlo a través de indicadores. Cuando hablamos de medición hacemos referencia a un procedimiento sistemático que nos permite asignar números a los objetos. Por ejemplo, si queremos evaluar el efecto de una intervención sobre las creencias de autoeficacia de las personas para modificar un comportamiento que afecta su bienestar, como es el consumo de tabaco, debemos diseñar la escala de medición más adecuada para medir este constructo teniendo en consideración, por ejemplo, los planteamientos teóricos de Albert Bandura (Pajares, Hartley y Valiante, 2001). Cuando contamos con medidas bien diseñadas y válidas, nuestra evaluación es de mejor calidad. La mejor medida es aquella que nos permite medir de manera más precisa el constructo que nos interesa evaluar.

La *validez de conclusión* estadística se refiere al grado de confianza sobre la presencia de covariación entre variables. Esta confianza se debilitará si se ha utilizado una prueba estadística donde los datos violan los supuestos necesarios para utilizar dicha prueba, si se utiliza una prueba inadecuada, si la potencia es baja, y/o si las medidas no son fiables. A diferencia de otros tipos de validez, ésta es fácil de identificar y está bajo el control del evaluador a través de una buena aplicación de las pruebas estadísticas (cumplimiento de supuestos, adecuado tamaño de la muestra, entre otros).

3.2.2. La elección del diseño

Desde diversas disciplinas se han ido desarrollado distintas estrategias o diseños acerca de cómo recoger, ordenar y analizar los datos de la realidad útiles para responder a las preguntas generadas en el proceso de evaluación. Aquí haremos hincapié en los diseños desarrollados desde una perspectiva cuantitativa, pero sin olvidarnos que los diseños planteados desde una perspectiva cualitativa pueden aportar valiosa evidencia también en este proceso (véase el capítulo sobre metodología cualitativa). Un esquema simple de los diseños incluidos en este apartado se presenta en el Cuadro 15.14.

CUADRO 15.14. CARACTERÍSTICAS DE ALGUNOS DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN APLICABLES EN LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

Diseño	Elementos descriptivos	Algunos diseños aplicados
Experimental	<ul style="list-style-type: none"> • Asignación aleatoria de los participantes a los grupos de comparación (intervención o controles). • Es el diseño con mayores garantías en el establecimiento de relaciones causales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseños de grupos aleatorios. • Diseños aleatorios en sitios múltiples.
Cuasi-experimental	<ul style="list-style-type: none"> • Los grupos de comparación (con o sin intervención) no se forman por asignación aleatoria. • Buscan la conexión causal entre intervención y sus efectos, aunque con mayores problemas en el control de variables extrañas que los diseños experimentales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseños ante-después con grupo control no equivalente. • Diseños de discontinuidad en la regresión • Diseños de series temporales. • Diseños de cohortes.
Cualitativo/naturalista	<ul style="list-style-type: none"> • No se suelen utilizar grupos de comparación. • Facilitan información sobre las experiencias de los participantes y ayudan a comprender en detalle la implementación del programa. • De los datos no se pueden derivar relaciones de causalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigación etnográfica. • Investigación-Acción. Investigación-Acción Participativa. • Observación participante. • Estudios de casos.

En la evaluación de resultados o del impacto de un programa nos interesa saber si los efectos encontrados se han generado por la aplicación de la intervención y no por otros factores o causas. Para tener garantías del cumplimiento de una relación causal deben cumplirse necesariamente tres condiciones: *a*) la antecendencia de la causa (variable independiente) sobre el efecto (variable dependiente) o del programa sobre los efectos; *b*) la

covariación entre la variable independiente y la(s) dependiente(s); los efectos serán distintos con el programa que sin él, y c) la ausencia de explicaciones alternativas a la atribución de los efectos producidos por el programa, lo que se traduce en un control de las variables extrañas. Ahora bien, en un contexto aplicado el cumplimiento de estos tres requisitos no es fácil; el evaluador debe ser consciente de las fortalezas y debilidades que presentan cada uno de los diseños a la hora de poder garantizar esa relación de causalidad entre intervención y resultados con el fin de maximizar las medidas de control. Si cambiamos el término investigador por evaluador, podemos aplicar el consejo de León y Montero (2003, p. 352): «según las circunstancias, haga el “evaluador” *siempre lo que pueda* pero, en cualquier caso, *sepa siempre lo que hace*». Es decir, que el «evaluador» elija el diseño óptimo para cada situación pero que sea consciente de los riesgos que asume al hacerlo». Ahora bien, ¿qué criterios hay que considerar para la elección de los diseños? Habría que tener en cuenta, al menos, los siguientes: las posibles limitaciones éticas, las restricciones prácticas de tiempo y de recursos, y la relevancia del programa para justificar la inversión que conlleva su aplicación.

Veamos a continuación algunos de los diseños que pueden utilizarse en evaluación de programas.

Diseños experimentales

Los diseños experimentales se caracterizan por el control que tiene el evaluador de la variable independiente (el programa objeto de evaluación) y por la asignación aleatoria de los participantes a los grupos o condiciones de intervención y de comparación con base en algún criterio determinado para controlar el efecto de variables extrañas que pudieran contaminar los resultados de la evaluación. Los diseños experimentales son particularmente útiles cuando con la evaluación se pretende demostrar la eficacia del programa. Es decir, cuando el objetivo es determinar que los efectos observados son «causados» por la intervención y no por factores externos que no están bajo el control del evaluador (Chen, 2005).

Dentro de los posibles diseños experimentales, el diseño más sencillo y el más utilizado en este contexto es el diseño experimental de grupos aleatorios o intersujetos. En este caso, el evaluador compara los resultados producidos en los participantes del programa con los resultados encontrados en personas de la población diana que no han participado en él (o lo han hecho en otro alternativo). El que un individuo de la población diana sea incluido o no en el programa dependerá del azar. En una primera fase de este diseño se elegirán los posibles candidatos a participar y estos se distribuirán o asignarán aleatoriamente a un grupo que efectivamente participará en el programa (grupo experimental) y a otro que no participará en él (grupo control) como hemos tenido ocasión de ver en el capítulo que nos describe la implementación de un programa para retrasar el inicio de la actividad sexual en adolescentes. La asignación aleatoria es la propuesta clave de los diseños experimentales para garantizar que los grupos de comparación sean lo más similares o equivalentes posibles, y con ello poder descartar las variables extrañas relacionadas con las diferencias individuales. De esta manera, los diseños experimentales suelen presentar una mayor validez interna que otras posibilidades metodológicas. Para aplicar este diseño es necesario que parte de la población diana no reciba el programa; por tanto sólo será posible en aquellos programas de cobertura parcial. Una guía completa de cómo implementar los diseños experimentales en la evaluación de programas se puede encontrar en Boruch (1997).

Cabe señalar que el principal problema de estos diseños es que frecuentemente es difícil o imposible realizar una asignación aleatoria, bien por problemas éticos o por problemas prácticos. Así, en el caso de intervenciones donde se espera una mejora de la «calidad de vida» de las personas que necesitan asistencia con cierta urgencia (por ejemplo, en los programas de atención a niños víctimas de abuso sexual), puede ser muy discutible la formación de grupos control por procedimientos aleatorios (Orr, 1981); el contra argumento reside en que si se realiza la evaluación es, precisamente, porque no hay seguridad de que la intervención sea garantía de mejora. Para dar respuesta a este problema, en algunos casos se recurre a la formación aleatoria de listas de espera. Los sujetos incluidos en la lista de espera sólo servirán de grupo control durante el periodo de evaluación de resultados, garantizándoles la posterior aplicación de la intervención en el caso de que el programa haya

demostrado su eficacia. En otras ocasiones, este mismo problema ético puede generarse sobre el grupo experimental, como cuando se trata de contrastar el impacto de ciertas intervenciones innovadoras que podrían resultar menos eficaces que la intervención estándar; en este caso el grupo experimental estaría en desventaja con respecto al grupo control.

Otro problema de la aplicación de los diseños experimentales en este contexto tiene que ver con las modificaciones que se van produciendo en el propio programa una vez realizada la distribución aleatoria de los participantes, lo que puede desvirtuar la calidad del diseño de evaluación, la interpretación de los resultados y la utilidad del estudio (por ejemplo Lipsey y Cordray, 2000).

Cuando el mismo programa se está implementando en lugares diversos cabe la posibilidad de utilizar los diseños con asignación aleatoria de grupos enteros que, aunque en principio tienen menor validez interna que el diseño con asignación aleatoria de individuos, permiten descartar algunas amenazas a la validez interna propias de los diseños cuasi-experimentales al tiempo que ganan en validez externa (al probarse la intervención en diferentes lugares, bajo diferentes circunstancias y con diferente población). La lógica es estimar el efecto de las intervenciones a través de diseños de grupos aleatorios donde la unidad de aleatorización son pueblos, comunidades, colegios, hospitales, barrios; de esta manera, se pueden superar algunas de las limitaciones prácticas y éticas de la asignación aleatoria individual. Boruch *et al.* (2004) describen las características, problemas y ventajas de estos diseños y nos ofrecen diversos ejemplos de aplicación.

Concluyendo: a pesar de que los diseños experimentales son los que más garantías ofrecen en relación a la validez interna, en el contexto de evaluación de programas se debe reconsiderar su aplicación bajo determinadas condiciones: cuando el programa esté en sus primeras fases y sea fácil que se produzcan variaciones en la intervención, cuando no se pueda proceder con la asignación aleatoria por cuestiones prácticas o éticas, o cuando impliquen una desproporcionada inversión de tiempo y de recursos en relación a la relevancia del programa objeto de evaluación.

Diseños cuasi-experimentales

Cuando los diseños experimentales no se consideren una buena opción por alguno de los motivos anteriormente comentados, se puede recurrir a diversas alternativas dentro de los diseños cuasi-experimentales. En principio, estos diseños pierden en validez interna, ganando en validez externa, aunque esta valoración demasiado generalista habría que ajustarla para cada caso particular.

Se han desarrollado diseños cuasi-experimentales que pueden aplicarse tanto a programas de cobertura parcial (por ejemplo, diseños con grupos de comparación no equivalentes o diseños de discontinuidad en la regresión), como a programas de cobertura total donde el programa cubre a toda la población diana (por ejemplo, diseños de series temporales).

En los *diseños de grupo control no equivalente* la lógica es semejante a la de los diseños experimentales de grupos aleatorios, aunque mantiene con ellos una diferencia esencial: la formación de los grupos de comparación (con y sin el programa de intervención) se realiza por procedimientos distintos a la asignación aleatoria. Este es el motivo de hablar de grupo control no equivalente. Sin embargo, el evaluador debe aplicar los procedimientos necesarios para tratar que los grupos que se comparen sean lo más similares posibles. Habitualmente, el evaluador identifica en primer lugar el grupo que recibe el programa, y a partir de los datos de este construye el control (o controles). Para comprobar la similitud de los grupos se suelen tomar medidas antes de la intervención en los indicadores de resultados o en indicadores relacionados con ellos, convirtiendo el *diseño en un diseño pre-post con grupo control no equivalente*. Un ejemplo de este diseño se presenta en el Cuadro 15.15.

Será la teoría subyacente al programa la que guíe la selección de las características que debemos medir a los potenciales participantes del grupo control para emparejarlos con quienes reciben la intervención. Así, si se evalúan los efectos de un programa sobre el rendimiento en matemáticas en estudiantes de secundaria, debemos partir del conocimiento de las variables que afectan al aprendizaje para constituir el grupo control (por

CUADRO 15.15. EL PROGRAMA «VIVIR CON VITALIDAD»

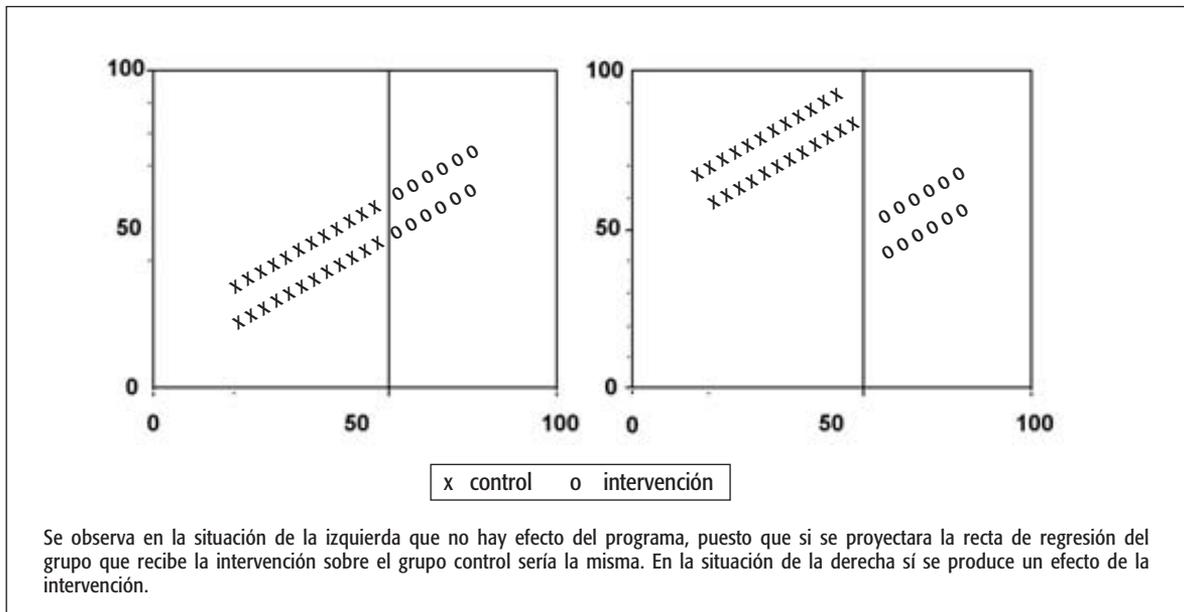
Un ejemplo de aplicación de los diseños antes-después con grupo control no equivalente lo podemos encontrar en la evaluación tanto formativa como de resultados del programa «vivir con vitalidad» desarrollado por Fernández-Ballesteros (1996), al que hemos aludido previamente (Caprara, 2005). En esta evaluación se plantearon dos estudios. Entre otras cuestiones, el primer estudio evaluó la eficacia del programa considerando los objetivos específicos del mismo: transmisión de conocimientos sobre cómo envejecer activa y competentemente, promover el nivel de actividad y estilos de vida saludables, entrenar en estrategias para optimizar competencias cognitivas, afectivas, emocionales, motivacionales y sociales, fomentar las relaciones interpersonales y mejorar la salud a largo plazo. El segundo estudio comparó la eficacia del programa anterior con una versión multimedia. Para ello se recurrió, en ambos casos, a un diseño antes-después con grupo cuasi control. En el primer estudio se comparó, en los diversos indicadores, los efectos del programa en distintos contextos: en una residencia de ancianos y en un centro de día (con y sin el programa). En el segundo estudio se compararon, en los diversos indicadores, la eficacia del programa a través de tres grupos: un grupo que recibió el programa en su versión presencial, otro en formato multimedia, y un grupo control. Obviamente, en esta situación sería poco práctico formar los grupos de comparación por asignación aleatoria.

ejemplo, estudiantes de la misma edad, de familias con el mismo nivel socio-cultural y con expectativas similares, procedentes de colegios con igual sistema organizativo, etc.). Además, para la selección de las variables a medir habrá que tener en cuenta las interrelaciones entre ellas, información que también puede conocerse desde la teoría. Otra posibilidad para la formación del grupo control es a través de emparejamientos por agregados, donde se buscan distribuciones similares de los grupos de comparación en las características más relevantes, (véase Rossi y Freeman, 1993). Por último, cuando no exista otra opción mejor, se puede recurrir a los controles genéricos para comparar los resultados del grupo que recibe el programa. Los controles genéricos son indicadores a nivel poblacional que suelen publicarse periódicamente; por ejemplo, algunas medidas demográficas (edad, sexo, ingresos), de distribución (tasas de nacimiento, mortalidad) o baremos de los tests estandarizados. Este tipo de controles suele utilizarse en estudios epidemiológicos (por ejemplo, comparar la tasa de fecundidad adolescente tras la implementación de un programa de prevención del embarazo temprano con los informes sobre tendencias que se derivan del análisis secundario de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud que se realizan cada tantos años). Ahora bien, hay que ser muy cautos sobre las comparaciones que se realizan, puesto que por lo general estos controles genéricos contienen información que incluye mucha más variabilidad que el grupo específico que recibe la intervención. Así, por ejemplo, no sería muy acertado comparar el rendimiento académico de los estudiantes de primaria de un colegio determinado con el promedio nacional o de su comunidad sin tener en cuenta el contexto socio-económico de los colegios, entre otros factores.

Otra estrategia para la formación de grupos controles es a través de procedimientos estadísticos como el utilizado en los *diseños de discontinuidad en la regresión*. Bajo este diseño los grupos control y experimental se forman en función de un criterio o puntuación registrada antes de cualquier intervención. Por ejemplo, se puede decidir aplicar un determinado programa educativo sólo a aquellos estudiantes que se encuentren por encima o por debajo de una determinada puntuación, facilitar determinadas ayudas a familias por debajo de determinados ingresos, o aprobar los permisos en prisiones a partir de la realización de cierto número de actividades. La lógica es comparar las rectas de regresión de ambos grupos. Si no se han producido efectos bajo el programa, la recta de regresión de los grupos con y sin programa será la misma; en caso contrario habrá una discontinuidad en la regresión.

Spongamos, a modo de ejemplo, que se realiza una intervención para incrementar el consumo de frutas y verduras sólo sobre aquellos niños que presentan un bajo consumo de estos alimentos. Damos por supuesto que si no hay una intervención la función de ambos grupos correspondería a la misma recta de regresión, tal y como representamos en la Figura 15.5. Ahora bien, si el programa de intervención ha sido eficaz nos encontraríamos con una discontinuidad en la regresión a partir del punto de corte. Es decir, que si prolongásemos las

FIGURA 15.5. ESQUEMA GRÁFICO DEL DISEÑO DE DISCONTINUIDAD EN LA REGRESIÓN



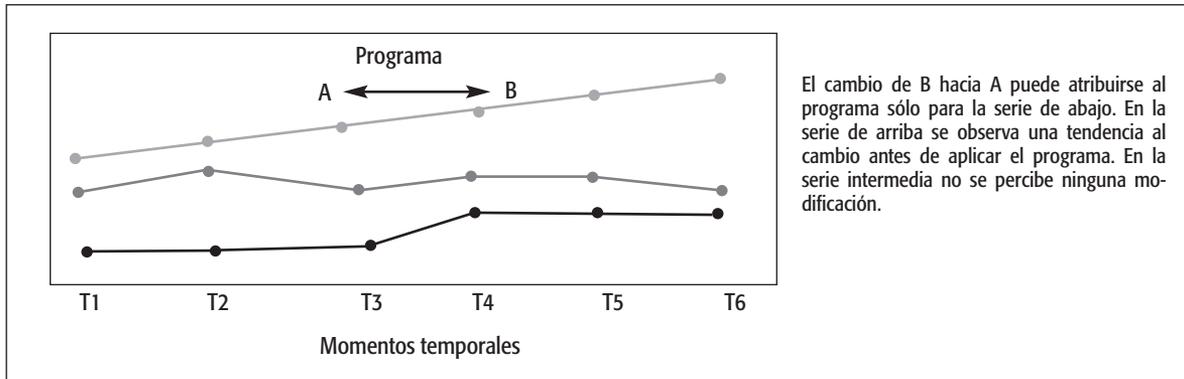
rectas sobre la ordenada, ambas tendrían distinto origen aunque tuviesen la misma pendiente. El grupo que no ha seguido el programa ha incrementado después de este el consumo de frutas y verduras.

Sin embargo, para poder aplicar este diseño se deben dar dos supuestos: *a*) que la relación entre las variable criterio y los pronósticos (VD o indicadores) de ambos grupos tengan la misma función (lineal), y *b*) que no existan variables extrañas específicas de los grupos formados, algo que puede ocurrir sobre todo cuando se utilizan como punto de corte puntuaciones extremas.

En los diseños de *series temporales interrumpidas*, los individuos (o unidades) son su propio control a través de una serie de mediciones a intervalos regulares antes (línea base) y después de la aplicación del programa (controles reflexivos). El conocimiento del comportamiento del indicador o medidas tomadas antes de la aplicación del programa de intervención durante un periodo de tiempo extenso nos informará sobre la estabilidad de las medidas, su potencial carácter cíclico, y la tendencia al cambio asociada al tiempo. El registro de las medias después de la intervención nos dará información sobre si el cambio ha sido puntual o estable, si está por encima de la variabilidad natural de la medida, si interfiere con el carácter cíclico de la conducta o si rompe con la tendencia previa de las mediciones (León y Montero, 2003). Así, si el programa ha sido eficaz, la serie después del programa variará con respecto a la situación anterior (véase Figura 15.6). En otras palabras, la comparación de las series antes y después de la intervención nos permitirá determinar el impacto del programa y su magnitud. En los casos de cobertura parcial, para descartar posibles amenazas a la validez interna (por ejemplo la historia) es conveniente utilizar uno o varios grupos controles. Estos grupos controles, al no poderse formar por asignación aleatoria, deberán constituirse tomando las medidas necesarias para asegurarse que poseen características similares al grupo que recibe la intervención.

Una variante muy pobre en cuanto a la validez interna de estos diseños con controles reflexivos, es el diseño antes-después con un solo grupo. Diseño que es considerado pre-experimental más que cuasi-experimental, y sobre el que es muy difícil descartar amenazas a las relaciones de causalidad entre programa y efectos como las debidas a la historia o la maduración, por lo que es aconsejable no recurrir a él.

FIGURA 15.6. EJEMPLOS DE SERIES TEMPORALES



Por último, en evaluación de programas educativos, cuando un programa se aplica, por ejemplo, a todo un curso académico el *diseño de cohortes* o de *ciclo institucional* puede constituir una buena opción para evaluar los resultados. En estos casos se comparan las medidas antes-después de un grupo, que constituye una cohorte sobre la que se aplica el programa, con las medidas antes-después de una cohorte anterior (grupo control) que pertenecen a la misma institución o poseen las mismas condiciones situacionales (cohortes del mismo colegio, del mismo centro de salud, etc.). Por cierto, las cohortes pueden definirse como grupos de participantes de un determinado programa que se suceden unos a otros a través de instituciones formales o informales. Es importante que el evaluador se asegure que las cohortes a comparar mantienen diferencias mínimas entre ellas. Para ello será necesario medir una serie de variables relevantes relacionadas con el indicador sobre el que analizaremos las posibles diferencias. Variables que se seleccionarán idealmente guiadas por la teoría, al igual que vimos en los diseños de grupos de control no equivalentes.

Resumiendo: conocidas las limitaciones los diseños cuasi-experimentales, el evaluador tratará de anticipar posibles explicaciones alternativas a la relación casual entre programa y efectos con el fin de descartarlas a través de maximizar los controles. En términos generales, se puede decir que cuantos más registros de los indicadores, tanto de los participantes del programa como de aquellos sujetos que por poseer características semejantes a los primeros nos servirán de comparación, el evaluador tendrá más posibilidades de detectar y/o descartar variables que enmascaren dicha relación de causalidad. La posibilidad del registro de tales medidas dependerá de cada situación concreta.

Diseños cualitativos o naturalistas

Si bien la metodología experimental (y cuasi-experimental) es útil para determinar la existencia de efectos derivados de un programa y su magnitud, las limitaciones éticas y prácticas que se han ido comentando conllevan que otras preguntas relevantes en la evaluación del programa en cuestión no puedan responderse completamente desde este enfoque (por ejemplo ¿por qué los sujetos responden de manera diferente al programa?, ¿qué es lo que hace que en algunos casos la intervención sea más exitosa que en otras?, ¿a qué se deben los cambios no esperados?). Es aquí donde necesitamos la metodología cualitativa. En el Capítulo 20 se nos describen las estrategias desarrolladas desde el enfoque cualitativo que pueden ser usadas para recoger, ordenar y analizar la información que permite responder este tipo de preguntas generadas durante el proceso de evaluación.

Para terminar este apartado, a modo de conclusión, reproducimos en el Cuadro 15.16 las preguntas que Patton (1987) sugiere para decidir si los métodos cualitativos son una estrategia de evaluación apropiada. En cualquier caso, observe el lector que muchas de estas preguntas se pueden contestar también desde un enfoque cuantitativo y que la mayoría de ellas se dirigen a una evaluación de proceso del programa y no tanto a una evaluación de resultados.

CUADRO 15.16. LISTADO DE PREGUNTAS PARA DETERMINAR CUÁNDO LOS MÉTODOS CUALITATIVOS SON APROPIADOS PARA LA EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA (Patton, 1987, p. 40-42)

- ¿Enfatiza el programa resultados individualizados?; esto es ¿se espera que diferentes participantes se vean afectados de modo cualitativamente diferente? ¿Se necesita o desea describir y evaluar los resultados individuales de los beneficiarios?
- ¿Están interesados los responsables de la toma de decisiones en dilucidar y comprender la dinámica interna del programa (fortalezas, debilidades y procesos)?
- ¿Se necesita información en profundidad acerca de ciertos usuarios, casos, contextos o unidades de implantación; casos particularmente exitosos, por ejemplo, fracasos inusuales o casos críticos por razones políticas, programáticas o financieras?
- ¿Se tiene interés en centrar la atención en la diversidad, en las idiosincrasias, en las peculiaridades o cualidades únicas de ciertos usuarios o programas?
- ¿Se requiere información sobre los detalles de la implementación del programa? ¿Qué experimentan los beneficiarios? ¿Qué servicios se ofrecen a los usuarios? ¿Cómo se organiza el programa? ¿Qué hace el recurso humano a cargo del programa? ¿Requieren los responsables de la toma de decisiones información sobre lo que está ocurriendo en el programa y cómo se ha desarrollado?
- ¿Están interesados los operadores del programa y sus financiadores en la recolección de información descriptiva detallada acerca de la intervención con el fin de mejorarlo (evaluación formativa)?
- ¿Se necesita información sobre las características del programa: sobre la calidad de las actividades y los resultados y no sólo sobre el número, los niveles o la cantidad de actividades y resultados?
- ¿Requiere el programa un sistema de registro que permita ilustrar su calidad en un caso específico?
- ¿Los responsables de la toma de decisiones están muy ocupados o inhabilitados para realizar visitas de campo, de manera que están interesados en que los evaluadores sean sus ojos y sus oídos en el contexto de implantación?
- ¿Es una preocupación la intrusividad de la evaluación? ¿La administración de instrumentos de medida estandarizadas (cuestionarios y pruebas) son abiertamente intrusivos en comparación con datos recogidos a través de observaciones naturalistas y entrevistas abiertas? ¿Las técnicas cualitativas de recolección de información generarán menos reactividad entre los participantes que las cuantitativas? ¿Se necesita realizar observaciones no intrusivas?
- ¿Se necesita o desea personalizar el proceso de evaluación a través del uso de métodos de investigación que enfatizan el contacto personal, cara a cara con el programa (métodos que pueden ser percibidos como humanistas porque no etiquetan ni numeran a los participantes y son percibidos por los participantes como más informales, naturales y comprensibles)?
- ¿Se requiere una evaluación que recoja información descriptiva y que tenga en cuenta la perspectiva de todos los involucrados en el programa?
- ¿Están descritos los objetivos del programa de forma vaga y general de suerte que se requiera una evaluación libre de objetivos que recopile información sobre los efectos del programa en lugar de medir la consecución de objetivos?
- ¿Existe la posibilidad de que el programa esté afectando a los clientes o participantes de forma no prevista o que esté generando efectos colaterales no esperados, indicando la necesidad de un método de evaluación que permita revelar efectos más allá de los formalmente establecidos?
- ¿La evaluación que se va a realizar es exploratoria? ¿El programa está en la fase de pre-evaluación, es decir, en el momento en el que los objetivos y los componentes del programa se están apenas perfilando?
- ¿Se requiere de una evaluación de la evaluabilidad para determinar el diseño de la evaluación sumativa?
- ¿Se cuenta con instrumentos estandarizados válidos y fiables para medir los resultados de la intervención?

CUADRO 15.16. LISTADO DE PREGUNTAS PARA DETERMINAR CUÁNDO LOS MÉTODOS CUALITATIVOS SON APROPIADOS PARA LA EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA (Patton, 1987, p. 40-42) (Continuación)

- ¿Se requiere añadir detalles, profundidad y significado a los resultados estadísticos o las generalizaciones de las encuestas?
- ¿Se ha convertido la recogida de datos cuantitativos en un proceso tan rutinario que nadie le presta mucha atención, sugiriendo la necesidad de realizar una ruptura con la vieja rutina mediante el uso de métodos novedosos que proporcionen nuevas ideas sobre el programa?
- ¿Se necesita desarrollar la teoría del programa fundamentada en la observación de las actividades y los resultados y el establecimiento de la relación entre la intervención y sus efectos?

3.3. El análisis de datos

Las funciones principales del análisis de datos en la evaluación de los resultados o impacto de un programa son: «a) describir de manera comprensiva conjuntos de datos en bruto; b) ayudar a decidir si alguna relación aparente en los datos puede admitirse con confianza o, por el contrario, podría considerarse una relación espuria debida al azar; c) estimar las magnitudes, especialmente cantidades de cambio o diferencias, y d) determinar si ciertos efectos que aparecen en la información alcanzan un nivel relevante en el contexto del programa» (Botella y Barriopedro 1995, p. 174). En este capítulo nos vamos a referir específicamente al análisis de datos cuantitativos.

La primera función se realizará, básicamente, a través de la aplicación de los estadísticos descriptivos adecuados. Función en absoluto trivial, puesto que la comprensión de la información presentada a las diferentes audiencias es un requisito para que los resultados de la evaluación sean utilizados. Así, es necesario presentar la información estadística de manera que sea «significativa» para las diversas audiencias, sabiendo que éstas, por lo general, están familiarizadas en un grado muy desigual con los métodos estadísticos. May (2004) defiende que los estadísticos deben presentarse de manera que sean comprensibles, interpretables y comparables. Los estadísticos serán comprensibles si son fáciles de entender por la mayoría haciendo las mínimas suposiciones sobre el conocimiento estadístico de los implicados y evitando la utilización de jerga estadística. Un estadístico será interpretable cuando su métrica o unidad de medida esté fundamentada en una explicación fácil y familiar y, por último, será comparable si se puede comparar de manera directa sin necesidad de ninguna manipulación adicional.

Por su parte, la estadística inferencial se encargará de cubrir el resto de las funciones (b, c y d). Para ello, «la información contenida en los resultados de la(s) muestra(s) y el cálculo de probabilidades se combinan para hacer inferencias acerca de la población o acerca de cómo de probable es que los resultados tras un programa hayan sido obtenidos por azar bajo determinadas circunstancias. Una diferencia o asociación aparente podría deberse a fluctuaciones aleatorias propias del muestreo, en lugar de al programa. Se trata de valorar si lo aparente excede a lo esperable por azar y es incompatible con la hipótesis de que en realidad no hay efecto» (Botella y Barriopedro, 1995, p. 192).

Concretamente, sobre la segunda función indicada (decidir si alguna relación aparente en los datos puede admitirse con confianza), además de las pruebas inferenciales más clásicas (véase Pardo y San Martín, 1994), en la última década se han desarrollado modelos estadísticos centrados en el análisis del cambio (véase por ejemplo Muthen y Curran, 1997) de gran aplicación en la evaluación de resultados. En estos modelos se plantean básicamente dos estrategias analíticas. Desde la primera se estiman las diferencias relativas entre los grupos tratando de incorporar factores asociados con la implementación y/o teoría del programa a través de, por ejemplo, análisis multivariados (modelos de ecuaciones estructurales, regresión múltiple, etc.). La segunda se centra específicamente en el cambio a nivel individual, refiriéndose a éste como crecimiento, pero incorporando

dos niveles de análisis. En un primer nivel se analizan las medidas repetidas intrasujetos en términos de sus valores iniciales, y la razón y forma del cambio; en un segundo nivel se comparan las curvas de crecimiento individuales para determinar las diferencias sistemáticas entre ellas (por ejemplo, modelos lineales jerárquicos). Se trata de tomar en consideración las numerosas fuentes de variabilidad dentro de los programas y de los beneficiarios que pueden conducir a diferentes patrones de cambio entre los individuos. Los métodos estadísticos para evaluar los cambios a través de curvas de crecimiento permiten la utilización de múltiples indicadores de los efectos, como el porcentaje de participantes que mejoran, empeoran o muestran algún cambio.

Detectadas o no diferencias estadísticamente significativas en los indicadores, es pertinente preguntarse si los cambios encontrados son lo suficientemente importantes como para repercutir sobre la inversión de recursos, esfuerzos, tiempo, etc., que implica la aplicación de un programa de intervención. Desde hace tiempo se ha puesto de manifiesto (Cohen, 1977) que la significación estadística no es guía suficiente para medir la magnitud del cambio. Aunque existen propuestas para medir la importancia del cambio, ninguna de ellas, de momento, ha sido adoptada de manera generalizada. Una de estas propuestas es la utilización del tamaño del efecto que reflejan la fuerza o intensidad de una relación, como la diferencia media estandarizada o la razón de ventajas. Por otra parte, puede interesar saber no sólo si hay cambio, independientemente de su tamaño, sino si éste es lo suficientemente grande o si se alcanza una magnitud mínima en función de los objetivos del programa (por ejemplo, que el 50 por ciento de los participantes en un programa de búsqueda de empleo lo encuentren en los próximos seis meses, o reducir en un 30 por ciento la incidencia de agresiones hacia las mujeres en el contexto familiar). Para programas que impliquen psicoterapia se ha desarrollado el concepto de significación clínica frente al de significación estadística (Jacobson y Truax, 1991; Sehrest, McKingth y McKingth, 1996).

A modo de guía para el análisis de datos en la evaluación de resultados de un programa, hemos adaptado las recomendaciones de Botella y Barriopedro (1995) en el Cuadro 15.17.

CUADRO 15.17. GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE DATOS (Adaptada de Botella y Barriopedro, 1995)

1. Establecer el sistema de codificación de las variables teniendo en cuenta su nivel de medida (cualitativas, semi-cuantitativas, cuantitativas).
 - 1.1. Calcular la fiabilidad intercodificadores con submuestras aleatorias de los datos.
2. Preparar la matriz de participantes/unidades por variables/indicadores.
3. Proceder con un primer análisis descriptivo de cada variable y de combinaciones seleccionadas de variables (indicadores de agregados).
 - 3.1. Detectar valores o combinaciones de valores imposibles.
 - 3.2. Identificar valores atípicos y decidir sobre ellos.
 - 3.3. Recodificar mediante agregados o subdivisiones de categorías o crear nuevos indicadores mediante la suma o ponderación de otras variables.
 - 3.4. Volver a obtener los instrumentos descriptivos tras las eventuales modificaciones derivadas de los puntos anteriores (volviendo al primer paso).
4. Analizar la presencia y aleatoriedad de la distribución de valores ausentes mediante las técnicas apropiadas.
5. Aplicar técnicas inferenciales para determinar la significación de los efectos aparentes en los datos.
6. Estimar la magnitud del impacto en los distintos indicadores (tamaños del efecto).
7. Aplicar técnicas inferenciales para decidir sobre la consecución de las magnitudes de criterio establecidas como objetivo del programa.
8. Aplicar técnicas meta-analítica, cuando proceda, para mostrar y comparar tamaños del efecto.

Para finalizar este apartado, nos hacemos eco de la denuncia de Lipsey (2000) sobre el poco uso que hacen los evaluadores de la evidencia acumulada en la investigación y en las evaluaciones previas de programas de intervención similares. Es cierto que cada programa social es único, como lo podemos decir de cada persona, pero ello no quiere decir que no pertenezcan a una misma familia de programas y que estos no se puedan categorizar, por ejemplo, según su marco de intervención y/o el contexto político y social en el que operan.

Lamentablemente, lo habitual es que en los documentos relacionados con la planificación de la evaluación o con el informe final no se encuentre ninguna referencia a lo aprendido en evaluaciones de programas similares. Puede que las exigencias de la práctica impidan hacer tales referencias o, simplemente, que los evaluadores consideren que las diferencias entre los programas son más importantes que los aspectos comunes, dando por hecho que no es posible hacer generalizaciones entre programas. Pero Lipsey se queja de que, sea como sea, los evaluadores parecen confiar más en su experiencia y en su juicio que en las lecciones aprendidas. Para este autor los resúmenes sistemáticos de estudios evaluativos es una forma útil para el diseño, evaluación y comunicación con los políticos como una parte más de la evaluación. Dichos resúmenes pueden ser cuantitativos (meta-análisis), cualitativos o mixtos. En el Cuadro 15.18 se ilustran las diversas ventajas de la utilización de las revisiones sistemáticas en evaluación de programas.

CUADRO 15.18. LAS VENTAJAS DE LAS REVISIONES SISTEMÁTICAS EN LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

Lipsey (2000) ilustra las ventajas de las revisiones sistemáticas sobre estudios evaluativos. La primera es clarificar las dimensiones en las que varían diversos programas sobre un mismo tipo de intervención a través de la categorización de las semejanzas y diferencias de dichos programas. Así, por ejemplo, sobre los programas de intervención para reducir la delincuencia juvenil en Estados Unidos, Lipsey y colaboradores encontraron efectos más fuertes, de manera consistente, en aquellas intervenciones más estructuradas, conductuales y/o de desarrollo de habilidades que en aquellas que utilizaban intervenciones con un enfoque más de insight como las asesorías (*counselling*), las terapias de grupo o el trabajo de casos (Lipsey, 1995).

Otra ventaja radica en la posibilidad de determinar aquellos factores críticos que favorecen la eficacia de un programa. Por ejemplo, en otro meta-análisis (Lipsey y Wilson, 1998) sobre los tratamientos de rehabilitación de delinquentes juveniles institucionalizados encontraron efectos sistemáticamente mayores cuando el tratamiento era administrado por parte del personal de área de salud mental que cuando lo era por parte del personal del área de justicia juvenil.

El uso de resúmenes sistemáticos puede aportar también una base para evaluar la generabilidad o robustez de los efectos de los programas. Así, si se encuentra que una intervención tiene habitualmente efectos positivos sobre determinados resultados a pesar de las variaciones en su implementación, distinta población diana, etc., el evaluador tendrá una cierta garantía de que efectos similares se pueden encontrar en un programa aún no evaluado. Por ejemplo, Lipsey (1992) encontró que los efectos de un programa de intervención sobre delincuencia no diferían según las características de la persona: edad, género y origen étnico.

También es posible conocer qué efectos es esperable que se produzcan y cuáles no de la implementación de determinadas intervenciones, puesto que intervenciones previas similares nos informarán sobre la magnitud de los efectos, lo que facilitará al evaluador la planificación de un diseño lo suficientemente sensible para detectar tales efectos.

Por último, la acumulación sistemática de la investigación evaluativa contribuirá a la comprensión de las fortalezas y debilidades de los métodos de evaluación utilizados. Así, se puede examinar la relación entre los efectos observados de las intervenciones y los distintos diseños de evaluación, medidas de resultados y procedimientos de recolección de datos seleccionados por los evaluadores.

Concretamente, el meta-análisis es una revisión que describe y analiza, con procedimientos cuantitativos, los resultados obtenidos en estudios primarios. Algunos autores (por ejemplo, Lipsey, 2000; Botella y Gambará,

2006a) plantean el meta-análisis como una herramienta útil para valorar la validez y efectividad de un programa a la luz de sus resultados, proponiendo que las síntesis meta-analíticas de estudios evaluativos de programas homogéneos constituyan una base para la adopción de medidas relativas a nuevos programas o el mantenimiento, modificación o supresión de los ya existentes⁴.

A modo de conclusión de este apartado sobre los elementos metodológicos en evaluación de programas, vale la pena mencionar que el esquema más completo para la evaluación de resultados debería integrar la teoría, el diseño y el análisis de datos (Lispey y Cordray, 2000) teniendo en consideración los siguientes aspectos: *a*) la variabilidad que es esperable que ocurra en la implementación del programa, la participación, la respuesta al tratamiento y la teoría que organiza dichos factores; *b*) los mecanismos causales que se presume unen las actividades del programa con el cambio social y las variables mediadoras o moderadoras asociadas con la teoría; *c*) los resultados observables esperados en los participantes en el programa y finalmente, *d*) los efectos netos del programa atribuibles a las acciones del programa sobre la base de un diseño experimental o cuasi-experimental. La integración de toda esta información debería indicar si el programa ha conseguido los cambios deseados, para quién, por qué o por qué no, además de facilitar información descriptiva que sirva de guía no sólo para mejorar el programa sino para comprender mejor las implicaciones de la intervención concreta llevada a cabo. Habría que considerar todo lo anterior dentro del contexto específico del programa a evaluar, de su complejidad y del grado de molecularidad-molaridad del programa. Tal y como comentamos al inicio de este capítulo no va a ser lo mismo evaluar un programa de prevención del paludismo a nivel nacional en un país de África, por ejemplo, que evaluar un proyecto local para reducir las actitudes sexistas en una pequeña comunidad rural.

4. PASOS EN LA PLANIFICACIÓN DE UNA EVALUACIÓN

4.1. Fases en la evaluación de programas

Hasta aquí hemos visto que la evaluación de programas es una actividad profesional que implica un proceso riguroso y sistemático de toma de decisiones que, como en cualquier investigación científica, busca dar respuesta a las preguntas que surgen en torno a la intervención. En este apartado vamos a sintetizar las fases o etapas que según los expertos forman parte del proceso normativo de la evaluación (Fernández-Ballesteros, 1995; Posavac y Carey, 2003).

Antes de describir los pasos que implica la realización de un proceso evaluativo, es conveniente recordar que cuando se trabaja en contextos aplicados con asuntos tan sensibles como los que se han detallado en los capítulos precedentes, es necesario que la comunicación entre el evaluador, «el cliente» o usuario y los diversos involucrados en el proceso sea clara y abierta. Para evitar inconvenientes en el proceso es necesario que los

⁴ Es pertinente referirse aquí a las llamadas «Colaboraciones» que surgen con el fin de dar respuesta a las necesidades de implantar práctica y políticas basadas en la evidencia. La primera de ellas fue la colaboración Cochrane, fundada en 1993, cuyo objetivo es colaborar en la creación de bases de información para el desarrollo de la medicina basada en la evidencia. La colaboración Campbell, fundada en el año 2000, para el ámbito de las ciencias sociales, educativas, criminológicas y del comportamiento, tiene como funciones desarrollar, diseminar y actualizar revisiones sistemáticas sobre los efectos de las políticas y actuaciones en el ámbito psicosocial. Actualmente, esta colaboración está llevando registros sistemáticos, por ejemplo, de los estudios aleatorizados que se están desarrollando en múltiples lugares (Boruch *et al.*, 2004).

acuerdos orales que se realicen de manera explícita sean formalizados a través de actas o memorandos que sinteticen las discusiones, el plan de trabajo y los compromisos (Posavac y Carey, 2003). Vayamos ahora a las fases en la evaluación de programas:

Identificación del programa, de sus patrocinadores y operadores

Lo primero que debe hacer el evaluador es obtener información sobre el programa de manera que pueda tener una idea completa y detallada de sus antecedentes, el problema que pretende resolver, el contexto institucional en el que se ubica, las fuentes de financiación, los contextos de implantación, el nivel de implantación, la cobertura, entre otros asuntos. Con esta información está en condiciones de llevar a cabo la primera reunión con las personas directamente involucradas (el director o gerente del programa, el personal a cargo de la administración y la ejecución del programa, los usuarios y los patrocinadores). En esta reunión, el evaluador debe examinar las necesidades de los distintos implicados y sus expectativas con respecto al proceso de evaluación.

Determinación de las necesidades de información

El conocimiento del programa y la reunión con los implicados le deben permitir al evaluador responder las siguientes preguntas: ¿Quién desea, requiere o solicita la evaluación? ¿Para qué se solicita la evaluación? ¿Qué es lo que se pretende evaluar? ¿Qué tipo de evaluación es la más apropiada? ¿Por qué se solicita la evaluación? ¿De cuánto tiempo se dispone para hacer la evaluación? ¿Qué recursos hay disponibles para llevar a cabo la evaluación? ¿Qué obstáculos pueden presentarse durante el proceso de evaluación? ¿Es posible llevar a cabo la evaluación? ¿En qué medida es evaluable el programa?

Planificación de la evaluación

Una vez que se ha decidido llevar a cabo la evaluación y se han acordado los términos de la misma se da inicio a la fase de planificación. Ésta se concreta con la presentación al cliente de una propuesta escrita. La elaboración de la propuesta requiere la revisión previa de la literatura sobre el problema que pretende resolver el programa y sobre otras experiencias evaluativas de programas similares. Esta revisión le permitirá al evaluador responder las siguientes preguntas clave en este proceso (Posavac y Carey, 2003):

- ¿De qué forma se han evaluado otros programas similares?
- ¿Qué diseños de investigación se han utilizado?
- ¿Se pueden adaptar algunas medidas de resultados?
- ¿Son válidas y fiables las medidas utilizadas?
- ¿Qué análisis de datos estadístico o cualitativo se han utilizado?
- ¿Qué resultados se han obtenido con estas metodologías?
- ¿Qué resultados parecen ser consistentes entre los diversos estudios evaluativos?
- ¿Los resultados inconsistentes o contradictorios obedecen a que se han usado diferentes aproximaciones metodológicas, modalidades de muestreo, diseños o marcos de referencia para interpretar los resultados?
- ¿Qué preguntas continúan sin respuestas?

A partir de la revisión de literatura, los evaluadores están en disposición de tomar decisiones metodológicas: selección de procedimientos de muestreo, diseño, recolección de información y análisis de datos. En otros apartados de este capítulo se describen en detalle cada uno de estos temas, por lo que aquí sólo nos limitaremos a enunciarlos.

Una vez se han definido los aspectos metodológicos de la evaluación, el evaluador está en condiciones de preparar la propuesta escrita que va a entregar a su cliente. En el Cuadro 15.19 se presentan los elementos de una propuesta de evaluación. Este documento es muy importante porque su aceptación indica que tanto el evaluador como el personal del programa y la agencia que financia la evaluación están de acuerdo en la naturaleza y objetivos de la evaluación, los criterios y las medidas que serán utilizados para juzgar la intervención, el cronograma, el presupuesto y la estrategia de divulgación de los resultados sugerida. En la propuesta también deben quedar claramente especificados los compromisos del personal a cargo del programa. En términos generales, la propuesta debe dar respuesta a los interrogantes que se listan a continuación:

- ¿Qué se quiere lograr?
- ¿Por qué y para qué se quiere lograr?
- ¿Dónde se va a lograr?
- ¿Quién lo va a lograr?
- ¿Cómo o por qué medios se va a lograr?
- ¿Cuándo se logrará?
- ¿Cuál es el costo total o presupuesto requerido?
- ¿A qué fuentes de financiamiento se recurrirá?
- ¿Qué criterios e indicadores se utilizarán para verificar o valorar el nivel de éxito en los cambios que se alcancen?

CUADRO 15.19. ELEMENTOS DE UNA PROPUESTA DE EVALUACIÓN

Nombre o título.
 Resumen.
 Antecedentes históricos e institucionales.
 Origen de la propuesta o antecedentes del problema.
 Justificación y fundamentación de la propuesta.
 Metodología.

- Objetivos generales y específicos.
- Actividades y cronograma.
- Recursos humanos, físicos y financieros.

Estrategia de divulgación de resultados.

Recolección de información

Una vez que el evaluador y los responsables del programa han acordado los términos que van a regir el proceso evaluativo, se da inicio a la fase de recolección de información. Dependiendo del programa que esté siendo evaluado, los profesionales tomarán datos usando medios similares a los de los psicólogos, sociólogos, administradores, médicos o economistas. Las diferencias en los métodos y los medios utilizados por los evaluadores están determinadas por las preguntas que atañen a cada disciplina. Anteriormente hemos descrito los aspectos que deben tenerse en consideración en esta fase del proceso para asegurar la validez y fiabilidad de los resultados.

Análisis, interpretación y divulgación de resultados

La última fase del proceso de evaluación atañe al análisis, interpretación y comunicación de los resultados a las distintas audiencias implicadas. Para que la evaluación cumpla su función como elemento para la toma de decisiones, el evaluador debe asegurarse de divulgar sus resultados a través de diferentes canales y medios. El informe escrito debe ir acompañado de un resumen ejecutivo y de un plan de presentaciones orales para que los involucrados en el proceso y los responsables de la toma de decisiones conozcan los hallazgos y las recomendaciones que se derivan de los mismos. En el Cuadro 15.20 presentamos algunas sugerencias para que los informes lleguen a quienes van dirigidos y sus resultados sean tenidos en consideración en el momento de tomar decisiones sobre el programa.

CUADRO 15.20. RECOMENDACIONES PARA ELABORAR EL INFORME

1. Identifique la audiencia.
2. Aclare qué tipo de información le interesa a la audiencia.
3. Explore cómo prefiere la audiencia que le presenten los resultados: en forma escrita, oral, audiovisual.
4. Recuerde que la información debe presentarse en forma clara y comprensible.
5. Tenga en cuenta el propósito del informe:
 - Comunicar resultados.
 - Dar a conocer el proceso de la evaluación.
 - Servir de referencia para evaluaciones en el futuro.

CONTENIDO DE UN INFORME ESCRITO DIRIGIDO A QUIENES TOMAN DECISIONES POLÍTICAS

En un máximo de dos hojas incluir:

- Introducción corta sobre quién preparó el informe y para qué.
- Metodología: breve presentación de la pregunta de la audiencia y lo que se hizo para responderla.
- Resultados apoyados en tablas y gráficos.
- Recomendaciones para la toma de decisiones.

RECOMENDACIONES PARA PREPARAR UN INFORME ORAL

- Establezca de cuánto tiempo dispone.
- Utilice sólo la tercera parte del tiempo en la presentación.
- Deje tiempo disponible para que la audiencia haga preguntas.
- Discuta los resultados o proponga cursos de acción.
- Prepare la presentación respondiendo inicialmente a las siguientes preguntas:
 - ¿Por qué era necesaria la evaluación?
 - ¿Qué sabemos hoy que no sabíamos antes?
 - ¿Cómo pueden usarse estos resultados en la toma de decisiones?
- Comience la presentación diciendo: “Esta evaluación es importante para nosotros porque...”
- Recuerde que la audiencia de un informe oral con frecuencia tiene restricciones de tiempo. Aproveche los primeros minutos de la presentación para decir lo más importante. Deje los detalles para el final o menciónelos al responder preguntas.

4.2. Las funciones de la evaluación y el papel del evaluador

Este apartado está dedicado a las funciones que puede cumplir la evaluación de programas y al papel que juega el evaluador en el proceso evaluativo. En relación al primero de los puntos, tras la lectura de las páginas precedentes, el lector debe saber ya que, al menos, podemos distinguir dos grandes funciones en la evaluación de programas: una relacionada con el aprendizaje, y otra relacionada con la política.

La *función de aprendizaje* supone ayudar a los distintos implicados en el programa a comprender e interpretar lo que están haciendo (Rallis y Rossman, 2000). Puesto que evaluar un programa significa seguir un proceso sistemático de análisis para concluir sobre su mérito o su éxito, claramente servirá para aprender sobre el mismo: determinar, en su caso, cómo mejorarlo, y hacer indicaciones sobre los procesos de gestión del mismo. Por otra parte, la evaluación permitirá reflexionar sobre las bases teóricas del programa poniendo en evidencia aquellas variables intervinientes y factores contextuales que median la relación entre el programa y los resultados.

La *función política*. Como ya hemos repetido desde el inicio de este capítulo, la evaluación emerge de manera inseparable a la actuación política. Es habitual que las evaluaciones se encarguen para justificar el gasto público a través de los resultados obtenidos. La puesta en marcha de programas y proyectos depende, en la mayoría de las ocasiones, de financiación externa. Hoy en día las grandes entidades financiadoras (ONU, OMS, UNESCO, UE, Agencias de Cooperación Internacional, FMI, Comunidades Autónomas, Ayuntamientos) exigen o realizan evaluaciones de todos o parte de los proyectos o programas que financian.

A estas dos grandes funciones podríamos añadir las de mejoramiento del programa y de la organización, desarrollo del conocimiento y mejoramiento social (para una revisión véase Fitzpatrick, Sanders y Worthen, 2004). Además, en el contexto de los proyectos de cooperación es necesario evitar la desconfianza de la población sobre su posible contribución con organizaciones no gubernamentales, asociaciones, fundaciones o instancias políticas.

Ahora bien, estas funciones no siempre son explícitas y el evaluador debe conocer o descubrir, antes de iniciar su evaluación, para qué se le solicita que la realice. Siguiendo a Fernández del Valle (1996) hay que tener en cuenta que el evaluador se encuentra en un contexto que, en principio, no conoce y que incluso puede resultar hostil, y en el que pueden concurrir diversas tensiones ideológicas, donde seguro existen partes interesadas y donde no es infrecuente encontrar una oposición a ser evaluado; oposición, en muchas ocasiones, encubierta y, por lo tanto, más difícil de detectar y superar.

Con respecto al papel del evaluador, y teniendo en cuenta el contexto de la evaluación, la demanda realizada y su conocimiento y experiencia, éste podrá desempeñar diversos roles, no necesariamente excluyentes: investigador, juez, asesor técnico, mediador, educador o «pseudoevaluador» (Fernández del Valle, 1996)⁵.

Como *investigador*, el evaluador se centrará en el establecimiento de inferencias causales entre la aplicación del programa y los resultados encontrados. El rigor metodológico prevalece sobre otras consideraciones y se optará preferentemente por la metodología experimental. Como hemos señalado, la evaluación de programas emerge de la investigación en Ciencias Sociales, y en muchas ocasiones los responsables de los programas buscan en el evaluado al «científico experto» capaz de dar una opinión objetiva de lo que se está haciendo.

Como *juez* la prioridad del evaluador será emitir un juicio «justo» sobre el mérito, valor o calidad del programa. Este juicio se basa en información objetiva, recogida sistemáticamente para obtener evidencia de la eficacia, eficiencia y efectividad del programa. Como *asesor técnico* o *amigo crítico*, por el contrario, el evaluador

⁵ Fitzpatrick *et al.*, (2004) mencionan los roles de amigo crítico, agente de cambio, planificador y negociador. Chen (2005) habla del evaluador como facilitador.

debe ser una persona confiable que acompaña todas las fases del ciclo de evaluación y se convierte en esa persona que los responsables de la toma de decisiones están dispuestos a escuchar.

Como *mediador* o *conciliador*, el evaluador jugará un papel clave a la hora de reunir/reconciliar los diferentes puntos de vista de las partes interesadas en el programa. Su función es estimular el diálogo entre los distintos grupos involucrados en el programa y promover la toma de decisiones democrática. Este rol se desempeña en la evaluación participativa, pero también se cumple en las fases inicial y final del proceso de evaluación para promover el acuerdo entre los implicados.

El evaluador se desempeña como *educador* cuando ayuda a los operadores a juzgar críticamente lo que están haciendo, les ayuda a aprender de la experiencia y a pensar en alternativas para mejorar el programa y lograr lo que se proponen (Fitzpatrick *et al.*, 2004). En esta faceta educativa, el evaluador debe preocuparse de realizar informes adaptados a los destinatarios y de buscar los recursos necesarios para que los resultados de la evaluación se tengan en cuenta. Adicionalmente, se trata de generar conocimiento sobre los procesos de las intervenciones, de construir teoría de la intervención social, de manera que la evaluación seguida bajo este papel debe ajustarse también al rigor científico.

Por último, un rol que no debería asumirse y una tarea que nunca debería desempeñarse es la de *pseudoevaluador*. En este caso al evaluador se le está haciendo una demanda sesgada e interesada que anticipa el tipo de resultados que se utilizarán. La decisión respecto al programa ya está tomada cuando se solicita la evaluación. Los resultados de la evaluación se van a manipular para justificar las medidas que van a ser tomadas o que ya están siendo implementadas (Fernández del Valle, 1996). Así, por ejemplo, una pseudoevaluación puede partir de una demanda que involucra la llamada «música celestial» (justificar un programa manipulando los informes), el «blanqueamiento» (ocultando los fallos) o el «submarino» (la misma destrucción de la evaluación).

Todo lo anterior implica que en el desempeño de estos roles el evaluador se ocupa de realizar diversas actividades que le van a permitir cumplir con las funciones de la evaluación. Los roles que debe desempeñar dependen del ámbito en el que se realiza la evaluación. No obstante, el trabajo del evaluador incluye generalmente tareas como seleccionar personal, desarrollar contratos, manejar presupuestos, identificar personas o grupos en conflicto, trabajar con personas y grupos en distintos niveles jerárquicos de las organizaciones, recolectar y analizar datos, interpretar resultados y elaborar informes, comunicarse frecuentemente con instancias de decisión, hacer comunicados de prensa, entre otras. Para desarrollar estas tareas con calidad el evaluador requiere un alto nivel de formación, pero sobre todo, haber desarrollado competencias para comunicarse en forma efectiva, planear y usar adecuadamente el tiempo, administrar recursos y tomar decisiones en situaciones de presión.

4.3. El uso de los resultados de las evaluaciones

No hay nada más desalentador para un evaluador que saber que su trabajo ha terminado perdido entre cientos de papeles dentro de un cajón, ni para el usuario de un programa saber que tras una evaluación «positiva», éste se elimina, o que las «recomendaciones» que se desprenden de una evaluación no hacen que el programa cambie. En otras palabras, es frustrante observar cómo los políticos encargan las evaluaciones pero se preocupan poco de los informes resultantes. En estos casos, evidentemente, la función de «aprendizaje» que tiene la evaluación no se ha cumplido.

Vedung (1996) señala que si bien lo ideal sería dar uso a los resultados de una evaluación, el hecho de que no se haga no la invalida. Ya hemos visto que una de las finalidades es ayudar a tomar decisiones proporcionando información bien fundamentada; pero en la toma de decisiones entran en juego más elementos que la pura información sobre el problema, aunque ésta sea esencial para una toma de decisiones racional.

Para los que toman las decisiones, los resultados de una evaluación son un dato más de una serie de aspectos a considerar en su proceso de decisión. Cuentan también, entre otros factores, las opiniones de compañeros, las consecuencias políticas de sus acciones, las posibilidades de reelección, la disponibilidad de recursos.

Desde la Teoría de la Decisión Conductual se sabe, por ejemplo, que las alternativas elegidas no son las mismas cuando se decide con presión de tiempo, que quienes toman decisiones suelen buscar datos que confirmen sus ideas previas «cancelando» de forma sistemática la evidencia en su contra, o que las decisiones se vean influidas por lo que se conoce como «pensamiento grupal». Un consuelo es que, en muchas ocasiones, aunque no se modifique el programa, la evaluación puede ayudar a estructurar el debate político. En cualquier caso, la postura del evaluador debe ser la de evaluar con la pretensión de mejorar la calidad del programa. La respuesta de los «responsables políticos» sobre las evaluaciones lamentablemente es algo que frecuentemente no está al alcance del evaluador.

Ahora bien, ¿qué se puede hacer para aumentar el uso de las evaluaciones? Una clara respuesta es aumentar su difusión, teniendo en cuenta las sugerencias que hemos planteado en el epígrafe 4.1. Obviamente, este objetivo es más fácil de lograr con las evaluaciones que hemos denominado participativas dado que involucran desde el principio a los beneficiarios y al personal a cargo del programa. En este tipo de evaluaciones se favorece el aprendizaje sobre el programa, y los resultados de la evaluación, evidentemente, se conocen antes de que se publique el informe. De esta forma, los usuarios se apropian de la información y se hacen cargo de la toma de decisiones (Wholey, Hatru y Newcomer, 1994). Otra posibilidad que tiene el evaluador, si este es externo, es exigir garantías antes de iniciarla de que se difundirán los resultados en el formato que el evaluador designe, por ejemplo, mediante la firma de un contrato.

Para terminar, vale la pena recordar que los resultados de las evaluaciones son frecuentemente ignorados porque los informes *a)* no tienen en cuenta la audiencia; *b)* no responden a las preguntas de los clientes; *c)* no favorecen la toma de decisiones, o *d)* se presentan muy tarde.

4.4. Estándares de evaluación

No queremos finalizar este capítulo sin señalar los aspectos éticos que rigen la actividad evaluativa. Dado que los hallazgos de las evaluaciones tienen generalmente repercusiones inmediatas sobre los programas y las personas involucradas directa o indirectamente en su implementación, las implicaciones éticas de esta práctica profesional son más evidentes y exigentes que las de otras actividades de la investigación. Por esta razón, en este apartado vamos a sintetizar los principios que guían la práctica evaluativa. Pero antes que nada veamos el tipo de dilemas éticos que puede enfrentar el profesional en esta área de aplicación de la psicología, algunos ya sugeridos en apartados anteriores. Fitzpatrick, Sanders y Worthen (2004), citan los siguientes:

1. Los evaluadores se sienten presionados por las personas involucradas en el programa para alterar el informe de resultados.
2. Antes de la evaluación, los responsables del programa han decidido cuáles deben ser los resultados; la decisión sobre lo que debe ocurrir con el programa ya está tomada, y la evaluación se realiza con el propósito de justificar sus acciones.
3. Los resultados de la evaluación son tergiversados o ignorados por los responsables del programa.
4. En el proceso de evaluación el evaluador identifica prácticas ilegales, atentarias contra la ética o directamente corruptas.
5. El evaluador siente que, dada la naturaleza del programa, va a tener dificultades para ser objetivo y justo en la evaluación.
6. El evaluador se siente presionado por los responsables del programa para proporcionarles información confidencial.
7. El evaluador descubre que su informe está siendo usado de manera inadecuada por los responsables del programa o está siendo alterado antes de hacerlo público.

8. Algunos de los involucrados en el programa no se están teniendo en cuenta en el proceso de planificación y ejecución de la evaluación.

House (1995), por su parte, refiere cinco creencias infundadas sobre la evaluación que pueden derivar en problemas éticos:

1. La creencia de que es éticamente correcto hacer todo lo que exige o lo que conviene al cliente que solicita la evaluación.
2. La creencia de que el evaluador está obligado a seguir el contrato escrito, aunque algunas de sus partes vayan en detrimento del bienestar público.
3. La creencia de que la utilización de procedimientos de investigación aceptables asegura que el comportamiento del evaluador no tiene implicaciones éticas.
4. La creencia de que el evaluador debe darle el mismo peso o valor a la opinión de todos los grupos o participantes en el proceso de evaluación.
5. La creencia de que la opinión de las personas con mayor prestigio o poder es la que debe tener un mayor peso.

Estos y otros problemas han servido a los profesionales comprometidos con el mejoramiento de la calidad de la práctica evaluativa para la definición de los principios que vamos a sintetizar a continuación. Estos son el resultado de la revisión de los estándares adoptados desde 1994 por la Asociación Americana de Evaluación (*American Evaluation Association*, AEA) y corresponden a la versión ratificada por los miembros de esta organización en julio de 2004 (la versión completa se puede consultar en <http://www.eval.org/Publications/GuidingPrinciples.asp>). Tal como lo señala la AEA, vale la pena tener en cuenta que estos principios intentan abarcar todo tipo de evaluaciones; es decir, no se limitan a evaluaciones de programas, proyectos, políticas o productos. Además, dado que los profesionales que se dedican a la evaluación de programas provienen de diversas disciplinas, es posible que la percepción que cada uno tiene de lo que es la evaluación y de sus objetivos no coincida.

No obstante, en los principios que rigen la práctica evaluativa se asume que la aspiración principal de todo evaluador es obtener y proporcionar la mejor información posible que permita determinar el valor de lo que está siendo evaluado. Fundamentalmente, estos principios pretenden ser una guía para la práctica profesional de los evaluadores y constituyen, al mismo tiempo, una información relevante para quienes solicitan una evaluación. Obviamente, estos lineamientos no tienen en consideración todos los posibles dilemas que pueden surgir durante el ejercicio profesional. Sin embargo, orientan la actividad cotidiana de los profesionales que se dedican a la práctica evaluativa y promueven el desarrollo de la profesión.

Ahora bien, aunque los principios que guían la evaluación de programas están agrupados en cinco categorías, no son independientes; en muchos momentos se superponen, y en otros pueden entrar en conflicto, de manera que los evaluadores deben entrar a dirimir cuál es el principio que prevalece. La idea es que en esas ocasiones el evaluador tenga en cuenta tanto los estándares que guían la profesión, como su experiencia y el conocimiento que tiene del contexto para determinar la respuesta más apropiada. Cuando esto no sea posible, se recomienda solicitar apoyo de otros profesionales. Los cinco principios que guían la práctica evaluativa son los que se mencionan a continuación, teniendo en cuenta que el orden no implica que haya prioridad alguna entre ellos; ésta puede variar en función de la situación y el rol del evaluador:

1. **Investigación sistemática:** los evaluadores llevan a cabo procesos sistemáticos de recolección de información sobre el objeto de evaluación.
2. **Competencia:** los evaluadores garantizan que cuentan con la capacitación, las habilidades, las destrezas y la experiencia que se requiere para llevar a cabo el proceso evaluativo.
3. **Integridad/honestidad:** los evaluadores aseguran que el proceso de evaluación se realizará con honestidad e integridad.

4. **Respeto por las personas:** los evaluadores respetan la seguridad, la dignidad y el valor de los participantes en el proceso de evaluación: clientes, financiadores, operadores, beneficiarios directos e indirectos del programa.
5. **Responsabilidad por el bienestar general y público:** los evaluadores articulan y tienen en cuenta la diversidad de intereses y valores que pueden estar relacionados con el bienestar de todos los implicados en el programa.

Estos principios que acabamos de describir de manera muy general son, a nuestro juicio, particularmente útiles para garantizar que la práctica evaluativa se realice con altos niveles de calidad y logre de esta manera cumplir su propósito: aportar información para la toma de decisiones. Por limitaciones de espacio nos resulta imposible exponer en detalle cada uno de estos principios, pero sugerimos enfáticamente que se revise el texto completo en la página de la Asociación.

5. CONCLUSIONES

En este capítulo hemos procurado presentar un bosquejo general de la evaluación de programas como un área de aplicación de la psicología. Incluir en un solo capítulo los fundamentos de la evaluación de programas obliga a dejar fuera o tratar superficialmente muchas cuestiones; a pesar de que el nacimiento de esta disciplina es relativamente reciente, situándose en los años 60, ésta ha evolucionado enormemente contando hoy con numerosos modelos y métodos que quedan reflejados en cientos de textos. Nuestra pretensión ha sido sensibilizar al lector frente al tema y motivarlo a querer saber más. Si hemos logrado este objetivo le animamos para que continúe informándose. Para ello le recomendamos consultar las referencias que hemos mencionado a lo largo del texto, los sitios Web, las Sociedades y las Revistas especializadas (véase Cuadro 15.21) que se incluyen al final de este apartado. Esperamos, también, que al final de la lectura de este capítulo cuente con los elementos conceptuales básicos para analizar los programas de intervención psicosocial teniendo en consideración el papel que ha tenido la evaluación en las diferentes fases del ciclo de la intervención.

Como comentario final queremos señalar que la práctica evaluativa es un área del ejercicio profesional apasionante; en su desarrollo, como en cualquier proceso de investigación, no solo ponemos en juego nuestro conocimiento disciplinar, sino también nuestra creatividad y nuestra capacidad de análisis y crítica constructiva.

Como se ha señalado en los capítulos previos, en la actualidad la intervención psicosocial se plantea como una estrategia para corregir muchos de los problemas socialmente relevantes que afectan el bienestar de las personas en diferentes ámbitos. Los profesionales de la psicología tenemos el reto de dar respuesta a esta demanda social. Para hacerlo podemos adoptar uno de tres modelos: *a)* ser reactivos a lo que ocurre en el entorno, «apagar incendios»; *b)* mantener el estatus quo: no tener en cuenta las exigencias del entorno y los recursos disponibles y dedicarnos a hacer lo que «tenemos» que hacer; *c)* ser proactivos, invertir parte de nuestro tiempo a la evaluación para tomar decisiones fundamentadas en información recogida sistemáticamente.

Pero la tarea de evaluar programas es muy compleja, tanto como la de llevar a cabo su implementación. Aunque tras la lectura de los manuales sobre el tema pueda incluso parecer una tarea sencilla, esta exige contar con unas competencias que pocas veces se favorecen en el proceso formativo de los profesionales de la psicología. Esto ocurre porque, aunque en algunos países la práctica de la planificación de programas de intervención psicosocial basada en un proceso continuo de evaluación es habitual desde los años 60, en la mayor parte del mundo es una exigencia reciente, aunque cada vez más frecuente debido a la escasez de recursos disponibles y al compromiso que tenemos de dar cuenta de la gestión que realizamos en la sociedad.

Por lo anterior, la formación de profesionales en el campo de la evaluación es una necesidad apremiante. Como hemos visto en otros capítulos de este texto, en contextos en los que los recursos a invertir para la mejora de las condiciones de vida de las personas son escasos, la evaluación de programas no es un lujo, ni un privilegio, es cuestión de responsabilidad social.

CUADRO 15.21. SITIOS WEB Y REVISTAS RELACIONADAS CON LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

Sitios Web relacionados y sociedades

Center for Disease Control Evaluación Working Group	http://www.cdc.gov/eval/resource.htm
Banco Mundial	http://www.worldbank.org/oed/about.html
Campbell Collaboration	http://www.campbellcollaboration.org
Cochrane Collaboration	http://www.cochrane.org
U.S. Department of Education's what works Clearinghouse	http://w-w-c.org
American Evaluation Association:	http://www.eval.org/
European Evaluation Society	http://www.europeanevaluation.org/
Canadian Evaluation Society	http://www.evaluationcanada.ca/site.cgi?s=1

Revistas especializadas y monografías

- *American Journal of Evaluation*
- *European Journal of Psychological Assessment*
- *Evaluation Review*
- *Evaluation and Program Planning*
- *Journal of Evaluation in Clinical Practice*
- *Evaluation & the Health Professions*
- *Evaluation News*
- *Evaluation Studies Review Annual*
- *Evaluation. The International Journal of Theory, Research and Practice*
- *Practical Assessment, Research and Evaluation*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achúcarro y San Juan, C. (1996). Aspectos Históricos, Teóricos y Metodológicos de la Evaluación de Programas. En: C. Sanjuán Guillén (coord.) *Intervención Psicosocial. Elementos de Programación y Evaluación Socialmente Eficaces*. Colombia: Editorial Anthropos y Ediciones Uniandes.
- Albaek, E. (1998). Knowledge, interests and the many meanings of evaluation: a developmental perspective. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 7: 94-98.
- Alvira, F. (1991). *Metodología de la evaluación de programas*. Madrid: CIS.
- Alvira, F. (1997). *Metodología de la evaluación de programas*. Buenos Aires: Ed. Lumen/Humanitas.
- Ander Egg, E. y Aguilar, M. J. (1990). *Cómo elaborar un proyecto. Guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. Buenos Aires. Editorial Hvmánitas.
- Birckmayer, J. D. (2000). Theory-Based evaluation in practice. *Evaluation Review*, 24, 4, 407-432.
- Boruch, R. F. (1997). *Randomized experiments for planning evaluation*. California: Sage.
- Boruch, R., May, H., Turner, H., Lavenberg, J., Petronisino, A., Moya D., Grimshaw, J. y Foley, E. (2004). Estimating the Effects of Interventions that are deployed in many places. *American Behavioral Scientist*, 47, 5, 608-632
- Botella, J. y Barriopedro, I. (1995). Análisis de datos en R. Fernández-Ballesteros, R. (Ed.) *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis Psicológica.
- Botella, J. y Gambara, H. (2002). *¿Qué es el meta-análisis?* Madrid: ed. Síntesis.
- Botella, J. y Gambara, H. (2006a). El meta-análisis: una metodología de nuestro tiempo. www.infocop.es.
- Botella, J. y Gambara, H. (2006b). Cómo hacer e informar un meta-análisis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Campbell, D. T. y Stanley, J. C. (1963). *Experimental and Quasi-experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally. (Trad. Castellana: «Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social», Buenos Aires, Amorrortu, 1993.)
- Caprara, M. (2005). Envejecimiento con éxito. Valoración de un programa. *Tesis doctoral sin publicar*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Chacón, M., Anguera, M. T. y López, J. (2000). Diseños de evaluación de programas: bases metodológicas. *Psicothema*, 12, 127-131.
- Chacón, M., Pérez-Gil, F. y Holgado, P. (2000). Validez en evaluación de programas. Una comparación de técnicas de análisis basada en modelos estructurales. *Psicothema*, 12, 122-126.
- Chen, H. T. y Rossi, P. H. (1992). *Using theory to improve program and policy evaluations*. Nueva York: Greenwood Press.
- Chen, H. T. (2005). *Practical program evaluation. Assessing and improving planning, implementation and effectiveness*. USA: Sage Publications.
- Cohen, E. y Franco, R. (1992). *Evaluación de proyectos sociales*. Buenos Aires: GEL.
- Cohen, J., (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, N.J., Erlbaum.
- Cook, T. D., Levinton, L. C. y Shadish, W. R. (1985). Program evaluation. En F. Lindzey y E. Aronson, *Handbook of Social Psychology*, (Vol. 1, p. 699-777). Nueva York: Randon House.
- Cook, T. D. y Reinhart, C. S. (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata D. L. (orig. 1982. *Qualitative and Quantitative methods in evaluation research*, Sage Publications, Inc.).
- Cook, T. D. y Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*, Chicago, IL: Rand McNally.
- Cronbach, L. J. (1982). *Designing evaluations of educational and social programs*. San Francisco: Jossey Bass.
- Cronbach, L. J., Ambron, S. R., Dornsbusch, S. M., Hess, R. D. Hornick, R. C., Phillips, D. C., Walker, D. F. y Weiner, S. S. (1980). *Toward reform of of programa evaluation*. San Francisco: Jossey Bass.
- Enright, R. (2003). *Fogiveness education in Belfast, Northern Ireland*. Department of Educational Psychology. University of Wisconsin, Madison.

- Fernández-Ballesteros, R. (1995). *Evaluación de programas: Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis Psicológica.
- Fernández-Ballesteros, R. y Hernández, J. M. (1995). *Listado de Cuestiones Relevantes en Evaluación de Programa (LCREP)*. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). *Evaluación de programas: Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. (Apéndice 1). Madrid: Síntesis Psicológica.
- Fernández del Valle, L. J. (1996). Roles y estrategias en evaluación de programas. *Intervención Psicosocial*, 14, 48-76.
- Fernández del Valle, J. y Bravo, A. (2005). Evaluación de programas. En A. Cangas, A. Maldonado y M. López (Eds.). *Manual de psicología clínica y general*. Granada: Alborán.
- Fetterman, D., Kaftarian, S. y Wandersman, A. (1996). *Empowerment evaluation: Knowledge tools for self-assessment and accountability*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fitz-Gibbon, C. T. y Morris, L. L. (1978). *How to design a program evaluation*. Beverly Hills: Sage.
- Fitzpatrick, J. L., Sanders, J. R. y Worthen, B. R. (2004). *Program Evaluation. Alternative approaches and practical guidelines*. USA: Pearson Education, Inc.
- Flórez, C. E., Vargas Trujillo, E., Henao, J., González, C., Soto, V. y Kassem, D. (2004). Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida. *Documentos CEDE No. 31*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- González, L. (2000). *La evaluación ex post o de impacto. Un reto para la gestión de proyectos de cooperación internacional al desarrollo*. Universidad del País Vasco: Cuadernos de Trabajo de Hegoa.
- Guba, E. G. y Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park CA: Sage.
- Herman, J. (1997). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hernández, J. M. (1996). Procedimientos de recogida de información en evaluación de programas. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.) *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis Psicológica.
- Hernández, J. M. (2003). Evaluability Assessment. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). *Encyclopedia of Psychological Assessment*. London: Sage.
- Holder, H. D., Saltz, R. F., Treno, A. J., Grebe, J. W. y Voas, R. B. (1997). Evaluation design for a community prevention trial. *Evaluation Review*, 21, 2, 140-166.
- House, E. R. (1995). Principled evaluation: A critique of the AEA Guiding Principles. En W.R. Shadish, D. L. Newman, M. A. Scheirer y C. Wye (Eds.), *Guiding Principles for Evaluators. New Directions for Program Evaluation*, 66, 27-34, San Francisco: Jossey-Bass.
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- León, O. y Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación*. Madrid: McGraw-Hill
- Lipsey, M. W. (1992). Juvenile delinquency treatment: a meta-analytic inquiry into the variability of effects. En T.D. Cook, H. Cooper, D. S. Cordray, H. Hartmann, L. V. Hedges, R. J. Light, T. A. Louis y F. Mosteller (Eds). *Meta-analysis for explanation: A casebook* (p. 83-127). New York: Russell Sage Foundation.
- Lipsey, M. W. (1995). What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? En J. McGuire (Ed.). *What Works: Reducing Reoffending: Guidelines From Research and Practice* (p. 63-78). New York: John Wiley y Sons.
- Lipsey, M. W. (2000). Meta-analysis and the learning curve in evaluation practice. *American Journal of Evaluation*, 21(2), 207-213
- Lipsey, M. W. y Cordray, D. S. (2000). Evaluation Methods for Social Intervention. *Annual Review of Psychology*, 51:345-375.
- Lipsey, M. W. y Wilson, D. B. (1998). Effective intervention for serious juvenile offenders: A synthesis of research. En R. Loeber y D. P. Farrington (Eds.), *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- MacNeil, C. (2005). Democratic evaluation in practice. *The Evaluation Exchange*, 11, 3, <http://www.gse.harvard.edu/hfrp/eval/issue31/spotlight1.html>.
- Masi, C. M., Suarez-Balcazar, Y., Cassey, M., Kinney, L. y Piotrowski, H. (2003). Internet access and empowerment. A community-based health initiative. *J. of Gen. Intern. Med.*, 18, 525-530.
- May, H. (2004). Making statistics more meaningful for policy research and program evaluation. *American Journal of Evaluation*, 25 (4), 525-540.
- Mertens, D. M. (1997). *Research Methods in Education and Psychology*. Londres: sage Publications Inc.
- Moroney, R. M. (1977). Needs Assessment for Human Services. En W.F. Anderson, B. J. Frieden y M. J. Murphy (Eds.). *Managing Human Services*. Washington Dc: International City Management Association.
- Mulroy, E. A. y Lamber, H. (2004). A user-friendly approach to program evaluation and effective community interventions for families at risk of homelessness. *Social Work*, 49, 4, 574-586.
- Muthen, B. O. y Curran, P. J. (1997). General longitudinal modeling of individual differences in experimental designs: a latent variable framework for analysis and power estimation. *Psychological Methods*, 2, 371-402
- Ormalá, E. (1994). Impact Assessment. *Evaluation Review*, 18, 1, 41-52.
- Orr, L. L. (1981). Using experimental methods to evaluate demonstration projects. En H. E. Freeman y M. A. Solomon (Eds.). *Evaluation Studies. Review Annual. Vol. 7*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Pajares, F., Hartley, J. y Valiante, G. (2001). Response format in writing self-efficacy assessment: greater discrimination increases prediction. *Measurement y Evaluation in Counseling y Development*, 33, 4.
- Pardo, A. y San Martín, R. (1994). *Análisis de Datos en Psicología II*. Madrid: Pirámide.
- Patton, M. Q. (1980). *Qualitative Evaluations Methods*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Patton, M. Q. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation*. USA: Sage Publications (p. 23-69).
- Pérez-Llantada, M. C. y López de la Llave, A. (1999). *Evaluación de programas de salud y servicios sociales: Metodología y ejemplos*. Madrid: Dykinson.
- Posavac, E. J. y Carey, R. G. (2003). *Program Evaluation. Methods and case studies* (6a edición). New Jersey: Prentice Hall.
- Pozo, C., Alonso, E. y Hernández, S. (Eds.) (2004). *Teoría, modelos y métodos en evaluación de programas*. España: Grupo Editorial Universitario.
- Pozo, C., Hernández, S. y Alonso, E. (2004). Breve historia de la evaluación de programas. En C. Pozo, E. Alonso y S. Hernández (Eds.) *Teoría, modelos y métodos en evaluación de programas* (p. 9-29). España: Grupo Editorial Universitario.
- Rallis, S. F. y Rossman, G. B. (2000). Dialogue for learning: Evaluator as a critical friend. En R. K. Hopkins (Ed.), *How and why language matters in evaluation. New Directions in Program Evaluation*, 86, 81-92.
- Reinhart, C. S y Cook, T. D. (1986). Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y cuantitativos. En T. D. Cook y C. S. Reinhart, *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata D. L. Original (1982). *Qualitative and Quantitative methods in evaluation research*, Sage Publications, Inc.
- Rossi, P. H. y Freeman, H. E. (1982/1993). *Evaluation. A systematic Approach*. USA: Sage Publications. Trad. Castellana: *Evaluación: Un enfoque sistemático para los programas sociales*. Mexico: Trillas, 1989.
- Scriven, M. (1967). The methodology of evaluation. En R. W. Tyler, R. M. Gagne y M. Scriven (eds.): *Perspectives of curriculum evaluation*. Chicago: Rand McNally.
- Scriven, M. (1972). The methodology of evaluation. En C. H. Weiss (ed.): *Evaluating action programs: Readings in social action and education*. Boston: Allyn y Bacon.
- Scriven, M. (1996). Types of evaluation and types of evaluators. *Evaluation Practice*, 17, 151-161
- Sechrest, L. y Figueredo, A. J. (1993). Program evaluation. *Annual Review of Psychology*, 44, 645-674.
- Simons-Morton, B. y Hartos, J. (2002). Application of the authoritative parenting model to adolescent health behavior. En R. J. Diclemente, R. A. Crosby y M. C. Kegler (Eds.). *Emerging theories in health promotion practice and research. Strategies for improving public health* (p. 100-125). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Stufflebeam, D. L. y Shinkfield, A. J. (1987) *Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica*. Barcelona: Paidós (Edición Original, 1985).

- Stufflebeam, D. L., Gullickson, A. R. y Wingate, L. A. (2002). *The spirit of Consuelo: An evaluation of Ke Aka Ho'ona*. Kalamazoo, MI: Western Michigan University Evaluation Center.
- Suchman, E. (1967). *Evaluative Research: Principles and practice in public service and social action programs*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Toro, J. (2005). *Evaluación de proceso y resultado de las escuelas de perdón y reconciliación (ESPERE)*. Tesis de maestría. Bogotá: Departamento de Psicología, Universidad de Los Andes.
- Tyler, R. W. (1949/1950). *Basic principles of curriculum and instruction*, Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Vedung, E. (1997). *Evaluación de políticas públicas y programas*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Vedung, E. (1996): Utilización de la evaluación de programas En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Weiss, C. (1975). *Investigación evaluativa*. México: Trillas. (Orig.: 1972, *Evaluation Research. Methods of assessing program effectiveness*).
- Weiss, C. (1977). Research for policy's sake: The enlightenment functions of social research. *Policy Analysis*, 3, 531-545.
- Wholey, J. S. (1987). Evaluability Assessment: Developing Program Theory. En L. Bickman (ed.): *Using program theory in evaluation*. San Francisco: Jossey Bass.
- Wholey, J. S. Hartry H.P. y Newcomer, K.E. (1994). *Handbook of practical program evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.

CAPÍTULO 16

La evaluación de programas de acogimiento residencial de protección infantil

Jorge F. del Valle
Amaia Bravo



COMPENDIO DEL CAPÍTULO

La protección a la infancia tiene una historia que se remonta, al menos en España, treinta años atrás, con las Juntas de Protección de Menores donde eran acogidos niños cuyas familias padecían graves carencias económicas o no cuidaban adecuadamente de sus hijos. En la actualidad se ha orillado el término de «menores» en la nomenclatura de estos servicios pasando a la generalizada denominación de «familia e infancia». Se supone que la desprotección infantil es un problema familiar, y con ello hay que contar a la hora de intervenir. La Ley de Acogimiento y Adopción, de 1987, ha marcado definitivamente la política en este ámbito. El presente capítulo se dirige a proponer un sistema de evaluación de los programas de acogimiento residencial, y lo hace de acuerdo al siguiente esquema:

1. Introducción
 2. La evaluación de los programas de acogimiento residencial
 3. Un planteamiento integral
 4. Conclusiones
-

1. INTRODUCCIÓN

Aunque este capítulo tiene como objetivo exponer una experiencia concreta de evaluación de programas, y su finalidad se centra de manera preferente en la ilustración metodológica y técnica, es necesario empezar situando esta aplicación en su contexto, el de los servicios de acogimiento de menores desprotegidos en el ámbito de los programas de protección a la infancia, un tipo de intervención social bien conocido aunque algunas de las ideas que circulan acerca de lo que son los llamados hogares o centros de menores son bastante difusas, cuando no claramente incorrectas. Pensamos por ello que es pertinente realizar una breve descripción de lo que hoy en día llamamos acogimiento residencial en protección a la infancia.

Hace veinte o treinta años, la protección a la infancia en España consistía básicamente en una red de organismos que funcionaban de manera paralela y sin conexión; de ahí que a pesar de la multitud de recursos puestos en marcha no se pueda hablar de un sistema de protección propiamente dicho hasta años más tarde. Dentro de estos organismos se encontraban algunos de muy larga trayectoria, como las Diputaciones Provinciales (encargadas especialmente de los menores abandonados), las Juntas de Protección de Menores, o el Auxilio Social. Se trataba, en realidad, de instituciones de acogida para menores cuyas familias padecían graves carencias o no cuidaban adecuadamente de sus hijos. Un ejemplo: las Juntas de Protección de Menores disponían en España en esos momentos de 122 centros propios y 688 instituciones escolares y de acogida colaboradoras (Ministerio de Justicia, 1984). No es de extrañar, pues, que en 1989 el número de menores de edad en establecimientos de acogida fuera de más de 20.000 (Defensor del Pueblo, 1991), sin que existieran apenas otras medidas de protección más allá de las ayudas económicas a las familias en situación carencial (término muy propio de estos organismos).

El modelo de beneficencia encarnado por estos organismos basaba su atención a la infancia desprotegida en lo que podríamos llamar el modelo de «rescate»: apartar al menor de la compañía de su familia y darle una crianza en una institución que cubriera sus necesidades básicas. No existía por tanto una intervención modificadora de las causas de esta desprotección, ni las familias se constituían en objetivo de las intervenciones sociales; se actuaba sencillamente sobre los niños, y en consonancia, la denominación que recibía este sector de intervención portaba la etiqueta de «menores».

El modelo ha cambiado de manera visible, de suerte que en la actualidad se ha erradicado el término de menores en la nomenclatura de los servicios y los programas, y en la mayor parte de las Comunidades Autónomas los organismos de este sector se rotulan como «familia e infancia». El cambio de denominación no obedece a razones de corrección política, sino a un cambio radical en el enfoque. Desde la perspectiva de «menores» se actuaba exclusivamente sobre los niños y niñas en lo que hemos llamado el modelo de rescate, mientras que el rótulo de «familia e infancia» ha pasado a considerar todo caso de desprotección infantil como un problema familiar con todas sus consecuencias. Este planteamiento implica que las causas de la desprotección se deben investigar y evaluar en la familia, y que muchas de las soluciones pasarán consiguientemente por la intervención en este escenario. Esta necesidad de no desligar al niño de su contexto familiar, además de hacer justicia a la necesidad de perspectivas ecológicas y sistémicas, lleva a otro principio fundamental de la protección infantil actual: el espacio natural del desarrollo del niño es la familia, y cualquier intervención protectora velará para que el menor vea satisfecha la necesidad de ser educado dentro de ese contexto.

En la década de los 80, concretamente en 1987, se desarrolló la Ley 21/87 de Acogimiento y Adopción, que vino a modificar todo el sistema de protección, transformando competencias, criterios y principios. Todo ello se plasmó de forma ampliada en la posterior Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor de 1996. Para lo que aquí nos ocupa, de este nuevo marco jurídico hay que destacar el énfasis en el desarrollo de medidas de protección no institucionalizadoras y enfocadas a las intervenciones de apoyo a las familias y las soluciones de acogida mediante familias voluntarias. De este modo, el acogimiento residencial, que en los 80 tenía todavía un marcado carácter institucionalizador, tuvo que reconvertirse en hogares de acogida temporales, de características

familiares en tamaño, espacios y rutinas cotidianas, con personal adecuadamente especializado (educadores sociales, psicólogos, pedagogos, etc.) y al servicio de una intervención protectora que diera una respuesta definitiva y permanente de carácter familiar: retorno a su hogar, búsqueda de una familia acogedora o adoptiva, o apoyo para la vida independiente en los que se hacen mayores de edad.

Hoy día, cuando hablamos de acogimiento residencial en España, no nos referimos a las grandes instituciones, inexistentes ya (salvo contadísimas excepciones), ni a lugares donde los niños crecen cuando no disponen de un entorno familiar adecuado. El retrato de la atención residencial actual viene caracterizado por una red de recursos muy variados que tratan de dar respuesta a las muy distintas necesidades de los menores en protección. Podríamos citar, como ejemplo, los siguientes:

- *Hogares de acogida de los pequeños hasta tres años.* Se trata de hogares que prestan atención a bebés y niños muy pequeños. Las necesidades de este tipo de atención son claramente diferentes, y se trata de uno de los recursos especializados más característicos de las diferentes comunidades. No obstante, hoy en día se empieza a abordar el reto de que los menores de tres años estén siempre en familias de acogida y no en hogares, ya que sus necesidades de atención se cubren mejor cuando existe una familia que le presta en exclusiva todo su cuidado
- *Hogares de primera acogida y emergencia.* Son hogares de recepción de casos de urgencia a los que se acude cuando se ha intervenido en la protección de algún menor y se requiere su separación de la familia y/o la ubicación en lugar protegido de convivencia. Son hogares que actúan como primera cobertura de necesidades urgentes y con un componente o finalidad evaluadora muy importante que ayuda a tomar medidas concretas a corto plazo.
- *Hogares de convivencia familiar.* Podríamos denominar así a los diferentes tipos de hogares que prestan una atención basada en la convivencia de niños y niñas de edades distintas tratando fundamentalmente de crear un entorno familiar y protector de convivencia durante el tiempo que precisen estar en acogimiento residencial.
- *Hogares de preparación para la independencia de adolescentes.* Se trata de hogares donde un grupo pequeño de adolescentes, habitualmente viviendo en un piso, se preparan para hacer la transición hacia su vida independiente. Son casos en los que no se puede o no se considera conveniente su retorno a la familia, y debido a la cercanía de la mayoría de edad, se opta por darles apoyo para que desarrollen las habilidades necesarias para pasar a vivir por su cuenta. Los adolescentes viven en el hogar asumiendo las responsabilidades de organización doméstica y de convivencia con un mínimo apoyo educativo.
- *Hogares para adolescentes con problemas emocionales o conductuales.* Como respuesta al enorme aumento de casos de adolescentes que, además de estar en situación de desprotección, presentan importantes problemas de convivencia, especialmente cuando suponen un grave riesgo para sí mismos o los demás, se han diseñado hogares especializados para estos casos. Se trata habitualmente de hogares situados en entornos más abiertos, viviendas unifamiliares, algunas con granjas u otros recursos para actividades diversas donde convive un reducido número de adolescentes con una dotación de educadores y de apoyo psicoterapéutico muy superior al resto.

Como puede apreciarse, el acogimiento residencial es en la actualidad un conjunto o red de recursos muy diferenciados que pretende responder de manera específica a las diferentes necesidades de los niños y niñas en desprotección, todos ellos con un diseño de convivencia en grupos reducidos, con atención profesionalizada y ubicados en espacios que reúnen las condiciones de hogares familiares y acogedores. De ningún modo pretenden ser un hogar para que los niños crezcan cuando no tienen un ambiente familiar adecuado; se trata de una atención temporal y transitoria mientras se encuentra una solución familiar definitiva. Esta idea, la de que los niños disfruten de un entorno familiar y no permanezcan más tiempo del necesario en hogares de acogida, es

la que ha marcado la política de protección a la infancia en Estados Unidos desde que se implantó el concepto de «*permanency planning*» (Maluccio, 1986) implantado posteriormente en Europa. Para más detalles sobre la transición del acogimiento residencial y su papel actual en los servicios de infancia, véase del Valle y Fuertes (2000).

2. LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ACOGIMIENTO RESIDENCIAL

La introducción que acabamos de hacer pretende situar al lector, de manera necesariamente breve, en el tipo de servicios que conforman lo que denominamos el acogimiento residencial. La primera conclusión pasa por hacernos conscientes de que las medidas residenciales para menores en protección cuentan con años y hasta siglos de historia. A diferencia de otras medidas de protección actuales, como los acogimientos familiares y los programas de ayuda e intervención familiar que se han puesto en marcha en los últimos veinte años en nuestro país, el acogimiento residencial cuenta con una larga historia.

Dentro de esta historia han ocupado un capítulo especialmente relevante las valoraciones o los juicios que se han hecho sobre la atención residencial. En cierto modo, podríamos decir que la preocupación por la «evaluación» del programa (entendida aquí sencillamente como el deseo de valorar el impacto positivo o negativo de la institucionalización sobre la vida de los niños) viene de muy lejos. De entre todas las aportaciones, la más conocida es probablemente la de Spitz (1945) cuyos estudios sobre los bebés institucionalizados le llevó a consagrar el término de *hospitalismo* para designar un cuadro de privación afectiva motivado por la falta de atención materna. En esa misma línea, y sólo unos años más tarde, Bowlby (1951) y Ainsworth (1963) desarrollaron el concepto de *privación materna* y su relación con los cuidados institucionales. El interés por los efectos del acogimiento residencial sobre la vida de los niños es por tanto un asunto largamente debatido que ha ofrecido unos resultados claramente negativos. La crianza en un contexto institucional cerrado, sin figuras maternas de referencia y sin los adecuados cuidados y estimulación, conduce a importantes problemas de desarrollo. Un caso muy actual a este respecto lo constituye el estudio de O'Connor *et al.* (2000) sobre niños provenientes de instituciones rumanas adoptados en el Reino Unido.

En la actualidad, sin embargo, el acogimiento residencial no reúne ninguna de esas características (y allá donde las tenga alguien tendrá que rendir cuentas por ello), ni tiene esa finalidad de crianza alternativa. Más bien se asemeja cada vez más a otros programas de intervención que tienen un diseño técnico y que se desarrollan intensivamente en un espacio de tiempo razonablemente corto.

A pesar de que, como acabamos de apuntar, el interés por el estudio de las instituciones infantiles y su valoración es ya antiguo, no se puede decir que haya existido una práctica de evaluación de programas en estos servicios, ya que muchas de estas investigaciones pertenecen al campo de la psicología evolutiva, mucho más interesadas en el estudio de las vinculaciones infantiles y los procesos afectivos que en la valoración de los servicios que atendían a los niños (de los trabajos de los autores citados se pueden extraer muchos datos de los niños estudiados, pero muy poca información sobre los servicios donde eran atendidos). Por otro lado, como hemos tenido oportunidad de ver en el Capítulo 15 la evaluación de programas sociales no comienza su andadura hasta los años 60.

Es importante reconocer, sin embargo, la aportación de quienes se han preocupado por analizar las consecuencias que para tantos niños ha tenido vivir durante largos años (en muchos casos toda su infancia y adolescencia) en instituciones de acogida. En cierto modo estaban clamando por la evaluación de programas y planteando preguntas que hoy día están en plena vigencia y son esenciales en este terreno. Desde los años 40, las investigaciones se han preocupado mucho más por estudiar muestras de menores en acogimiento

residencial como forma de estudiar niños en circunstancias de crianza especiales, que en responder a preguntas propias de la evaluación de programas. Junto a la preocupación por las medidas de desarrollo intelectual y afectivo, rendimiento académico, trastornos del desarrollo, etc., tan reiteradas a lo largo de la investigación, están las medidas de evaluación de programas que sólo muy recientemente han aparecido: la ratio de niños por educador, rutinas establecidas en la vida cotidiana, cualificación y experiencia de los educadores, espacios personales adecuados, ambiente familiar, tratamiento individualizado, respeto de los derechos de los niños, aplicación de técnicas de intervención adecuadas a las necesidades de los menores atendidos, etc. Como diría Bronfenbrenner (1989), si queremos saber en qué consiste un contexto de desarrollo de calidad es mucho más importante tener en cuenta las variables que definen esos contextos educativos (familias, hogares, etc.) que preocuparse por mirar lo que hay dentro de la mente de los niños. Este principio, sobre el que se asienta el concepto de intervención que venimos manejando desde el primer capítulo, ha sido largamente olvidado.

Finalmente, para adentrarnos ya en la evaluación de programas de acogimiento residencial, cabría señalar una característica muy importante: a diferencia de lo que ocurre con otros programas que se prestan en momentos puntuales de la vida de los usuarios o clientes y que suelen afectar a algunos aspectos concretos de la misma, los servicios residenciales envuelven totalmente al destinatario de la atención (los niños), pasando a tener consecuencias sobre todos los aspectos de su vida. Como tendremos oportunidad de ver cuando nos preguntemos sobre las medidas de impacto en la evaluación del programa, se trata de un elemento ciertamente importante ya que en este caso se amplía de manera considerable el rango de los indicadores a tener en consideración.

3. UN PLANTEAMIENTO INTEGRAL

El planteamiento de evaluación de programas de acogimiento residencial que estamos desarrollando desde hace más de diez años se basa en lo que Rossi, Freeman y Lipsey (1999) denominaban evaluaciones comprensivas en el sentido de no dejar de lado ninguno de los tres aspectos fundamentales: diseño, proceso y resultados. Dado que la evaluación del diseño tiene su mayor peso cuando se hace *ex-ante* con el fin de decidir si merece la pena llevarlo a la práctica, en nuestro caso las evaluaciones han derivado principalmente hacia evaluaciones de proceso y de resultados, ya que evaluamos los servicios de acogimiento residencial cuando ya están en marcha. No obstante, cuando llevamos a cabo la evaluación de proceso de los hogares de acogida, el análisis de los proyectos educativos de cada hogar nos permite un acercamiento a la evaluación del diseño, valorando su coherencia con las necesidades de los niños atendidos y con las prácticas que se desarrollan. En el Cuadro 16.1 se presenta una comparación de los diferentes aspectos que conforman cada uno de los tres principales tipos de evaluaciones.

3.1. Evaluación de proceso

Como hemos tenido oportunidad de ver en el Capítulo 15, en el que se le ha dedicado todo un epígrafe, la evaluación de proceso trata de definir el modo en que se está ejecutando el programa, cómo se llevan a cabo las actividades, los recursos utilizados, y en general si todo ello se ajusta a lo establecido en la programación. En definitiva, en nuestro caso se trata de valorar cómo se está atendiendo a los niños en los hogares, lo que hace necesario completar una enorme variedad de aspectos que podrían ser relevantes. Este ha sido uno de los primeros retos que hemos tenido que enfrentar en nuestro trabajo de evaluación de hogares porque los responsables de las administraciones y de las entidades que prestan estos servicios tienen enorme interés, como es natural, por saber cómo están siendo atendidos los niños. No conviene olvidar que la dejadez de algunas administraciones

CUADRO 16.1. COMPARACIÓN DE LOS TRES TIPOS DE EVALUACIÓN QUE INCLUYE LA EVALUACIÓN COMPRENSIVA

Evaluación comprensiva			
	<i>Evaluación de diseño</i>	<i>Evaluación de proceso</i>	<i>Evaluación de resultados</i>
P R E G U N T A S	<p>¿Está bien concebido el proyecto?</p> <p>¿Se ajusta a las características y necesidades de los niños?</p> <p>¿Son pertinentes los objetivos?</p> <p>¿Son las adecuadas las actividades y prestaciones?</p>	<p>¿Se respeta lo programado?</p> <p>¿Se atiende bien a los niños?</p> <p>¿Se ha construido un adecuado entorno?</p> <p>¿Son adecuadas las prácticas educativas?</p> <p>¿Es correcta la gestión organizativa?</p>	<p>¿Se alcanzan los objetivos de atención y educación?</p> <p>¿Se alcanzan los objetivos del caso de protección?</p> <p>¿Mejora su salud y su desarrollo la atención recibida?</p> <p>¿Ayuda a su integración social, laboral y familiar la experiencia en el hogar?</p>
F I N A L I D A D	Evaluar el fundamento teórico del proyecto de atención diseñado y su ajuste a las necesidades de los niños.	Evaluar la forma en que está organizado el servicio y el modo en que se está llevando a cabo la atención a los niños.	Evaluar los efectos que está teniendo la prestación de este servicio tanto en relación a los objetivos como a cualquier otro impacto que haya tenido sobre los niños.
M E T O D O L O G Í A	<p>Análisis documental.</p> <p>Análisis de contenido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observación de actividades. - Análisis de registros de actividades. - Observación ambiental. - Entrevistas. - Sistemas de monitorización. 	<p>Indicadores de objetivos establecidos.</p> <p>Investigaciones de impacto a largo plazo.</p>
I M P L I C A D O S	Evaluador.	<p>Evaluador.</p> <p>Niños.</p> <p>Personal.</p> <p>Familias.</p>	<p>Evaluador.</p> <p>Personal.</p> <p>Niños.</p>

CUADRO 16.1. COMPARACIÓN DE LOS TRES TIPOS DE EVALUACIÓN QUE INCLUYE LA EVALUACIÓN COMPRENSIVA *(Continuación)*

Evaluación comprensiva			
<i>Evaluación de diseño</i>		<i>Evaluación de proceso</i>	<i>Evaluación de resultados</i>
C R I T E R I O S	– Pertinencia.	– Ubicación con suficientes recursos comunitarios.	– Alcance de objetivos.
	– Justificación teórica.	– Espacios acogedores.	– Bienestar.
	– Realismo.	– Personal cualificado.	– Integración social.
	– Flexibilidad.	– Respeto a los derechos.	– Desarrollo personal.
	– Operacionalización.	– Trabajo individualizado.	– Oportunidades.
		...	– Salud.
			...

y la despreocupación por los niños acogidos en hogares ha tenido como consecuencia sonadísimos escándalos de malos tratos en los principios de los 90 en el Reino Unido (para más detalle, véase del Valle y Fuertes, 2000).

Para abordar la evaluación de proceso hemos adoptado un modelo de evaluación ambiental, entendiendo que los hogares son ambientes o contextos diseñados con el propósito de dar protección y educación a los menores. Continuando la línea que Fernández-Ballesteros (1987) había iniciado para la evaluación de residencias de personas mayores, hemos realizado una adaptación para los hogares de acogida infantil (del Valle, en prensa) que denominamos ARQUA (haciendo referencia a los términos «Acogimiento Residencial» y «Quality») cuya estructura presentamos en el Cuadro 16.2 mostrando las categorías de aspectos a evaluar y sus contenidos. El ARQUA es un sistema de evaluación de proceso, en este caso del funcionamiento concreto de los hogares en un determinado momento.

A partir de este diseño de contenidos de la evaluación, se decidieron las técnicas de recogida de datos a emplear que se concretaron en: análisis documental y de registros, observación natural, entrevistas individuales semiestructuradas y cuestionarios específicos. En el Cuadro 16.3 se puede apreciar la estructura metodológica de nuestro sistema, relacionando aquello que queremos evaluar con los instrumentos de evaluación y las fuentes de información. El procedimiento de evaluación consiste en la visita del equipo de evaluación (compuesto por psicólogos y educadores de nuestro equipo) con el siguiente protocolo:

- Entrevista inicial con la dirección del hogar.
- Visita guiada por las estancias del hogar o residencia con muestras fotográficas.
- Entrevistas individuales a todo el personal educativo.
- Entrevistas personales a todos los niños a partir de seis años.
- Entrevistas individuales al personal de apoyo técnico.
- Entrevistas individuales al personal de servicios si lo hubiera (cocina, limpieza...).
- Aplicación de cuestionarios específicos a personal y niños.
- Convivencia de los evaluadores en el hogar (comidas, descansos...).

Como es lógico, la entrevista en profundidad tiene un formato diferente para cada uno de los destinatarios, aunque relacionado con los contenidos que queremos evaluar y que ya han sido expuestos.

**CUADRO 16.2. DETALLE DE LAS CATEGORÍAS DE ASPECTOS A EVALUAR
Y LOS CONTENIDOS CORRESPONDIENTES**

Aspectos a evaluar	Contenidos a evaluar
Evaluación del perfil de los niños y sus necesidades.	<ul style="list-style-type: none"> – Edad, sexo, nivel escolar... – Motivos de protección. – Evaluación del desarrollo. – Evaluación de problemas conductuales, emocionales y especiales. – Evaluación del apoyo social percibido. – Evaluación del personal.
Evaluación del personal.	<ul style="list-style-type: none"> – Edad, sexo... – Cualificación profesional. – Experiencia en intervención educativa. – Incidencia de estrés y burnout.
Evaluación de emplazamiento y equipamiento.	<ul style="list-style-type: none"> – Ubicación en comunidad con recursos y oportunidades adecuadas a los niños. – Diseño del espacio de tipo familiar y acogedor. – Equipamiento confortable y adecuado a la edad de los niños y jóvenes.
Evaluación de la organización	<ul style="list-style-type: none"> – Organización laboral: <ul style="list-style-type: none"> • Diseño de turnos en función de las necesidades de niños. • Política de selección de personal. • Política de formación y reciclaje. – Organización educativa: <ul style="list-style-type: none"> • Modelo y marco teórico educativo. • Utilización de técnicas y recursos. • Sistemas de educadores de referencia. • Cooperación con las familias. – Organización de la gestión: <ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de planificación y programación. • Sistemas de registro de información. • Sistemas de autoevaluación. • Coordinación con los equipos de infancia de servicios sociales. • Coordinación con profesionales de la escuela, salud, etc. • Gestión económica.

CUADRO 16.2. DETALLE DE LAS CATEGORÍAS DE ASPECTOS A EVALUAR Y LOS CONTENIDOS CORRESPONDIENTES*(Continuación)*

Aspectos a evaluar	Contenidos a evaluar
Evaluación de la atención a los niños y jóvenes.	<ul style="list-style-type: none"> – Trato individualizado (programa educativo individual, espacio personal propio, actividades individuales...). – Respeto a los derechos de los niños (comunicación, intimidad, participación...). – Cobertura adecuada de necesidades básicas (alimentación, ropa, dinero de bolsillo, transporte...). – Atención educativa (escolarización, apoyo escolar, necesidades especiales, formación laboral...). – Atención en salud (evaluación inicial, cobertura de tratamientos, educación para la salud, educación sexual...). – Normalización (horarios y ritmos flexibles, relación familiar, uso de recursos comunitarios de ocio, deporte, etc.). – Autonomía y desarrollo (actividades atractivas y dinámicas, desarrollo de autonomía y responsabilidad, habilidades sociales, habilidades para la vida...). – Seguridad y protección (cobertura de necesidades afectivas, seguridad en el ambiente, control del bullying, seguridad en visitas, ...).

Un matiz muy importante de la evaluación es la opinión que los niños y jóvenes manifiestan sobre todos los aspectos de atención que hemos mencionado. Ya ha quedado apuntado en el primer capítulo: no podemos hablar de intervención sin tomar en consideración a las personas implicadas en ella como beneficiarios. Esto nos conduce a uno de los tópicos más tradicionales de la evaluación de programas: la satisfacción del usuario. En la atención de servicios (pensemos en la atención hospitalaria, por ejemplo) cada vez se da más importancia a la recogida de la opinión de los pacientes o clientes, estimando que su satisfacción es un criterio de calidad (como ocurre igualmente en los servicios de mercado como hoteles, por ejemplo). Sin embargo, en los servicios sociales no existe esta tradición, en parte porque en el viejo modelo de beneficencia la ayuda era una concesión graciable para las personas en necesidad que no se entendía como un servicio sujeto a garantías y derechos, como ocurre en la actualidad. En el ámbito de los programas de infancia apenas hay práctica de recogida de las opiniones de los niños y jóvenes, ya que además de ser atendidos bajo el mismo paradigma de la beneficencia, por ser menores de edad no se entendía que su criterio fuera digno de ser considerado (característico enfoque paternalista de los viejos modelos, por otra parte). A ello se añade la sospecha de que el criterio de lo que es un buen trato educativo para los niños en condiciones de desprotección pudiera ser dudoso (por ejemplo valorando positivamente a los educadores que les permiten hacer lo que quieren y negativamente a los que les empujan a estudiar o cumplir con sus obligaciones).

En la actualidad este debate está clarificado: los tratados internacionales como La Convención de Derechos del Niño de la ONU de 1989, y nuestra propia Ley de Protección Jurídica del Menor de 1996 han tenido como objetivo, entre muchos otros, la construcción de una imagen de la infancia como ciudadanos de pleno derecho, salvo las limitaciones propias de su edad, con voz y opinión sobre todo en asuntos que les conciernen directamente.

En este sentido, nuestro modelo concede una importancia primordial a la opinión de los niños y jóvenes, y nuestra experiencia señala que sus valoraciones correlacionan de manera muy significativa con el resto de las

CUADRO 16.3. RELACIÓN ENTRE CONTENIDOS A EVALUAR, TÉCNICAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

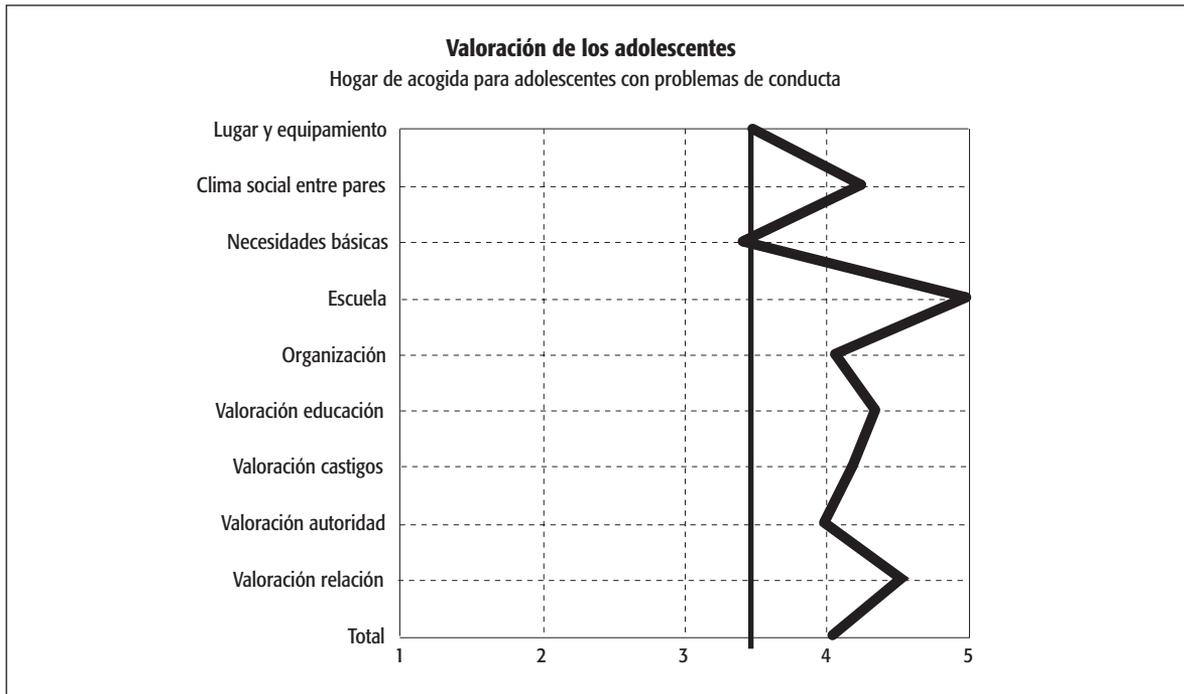
Contenido	Técnica	Fuente de información
Evaluación del perfil de los niños y sus necesidades.	Análisis de expedientes. Pruebas psicológicas. Cuestionarios.	Dirección. Niños.
Evaluación del personal.	Análisis de archivos. Cuestionarios.	Dirección. Personal.
Evaluación de emplazamiento y equipamiento.	Observación. Fotografía. Entrevista.	Evaluadores. Personal. Niños. Dirección.
Evaluación de la organización.	Análisis de archivos. Análisis de documentos de gestión. – Proyecto educativo. – Memorias. – Planes anuales. – Reglamentos. – Planilla de turnos. – Presupuestos.	Dirección.
Evaluación de la atención a los niños y jóvenes.	Entrevista semiestructurada. Análisis dietético. Observación.	Dirección. Personal. Niños. Dirección. Evaluadores.

medidas que realizamos. En cualquier caso, es una oportunidad abierta para que cualquier niño que se encuentre inadecuadamente tratado pueda manifestarlo y, no menos importante, para que los que se sienten bien tratados puedan transmitirnos sus sentimientos y sus experiencias (respecto a la importancia de escuchar las valoraciones de los niños, véase Clark y Statham, 2005).

Una vez recogidos los datos para la evaluación del funcionamiento de los hogares de acogida mediante la aplicación del ARQUA, se procede al análisis de los datos, cuantitativos y cualitativos según el caso, procesándolos y presentándolos mediante tablas y gráficos. Con ello se redacta el informe de investigación que debe incluir el análisis y la interpretación, para finalizar con unas conclusiones y unas recomendaciones para la mejora. Es muy importante esta última parte que conecta la evaluación con las acciones a llevar a cabo para mejorar el funcionamiento, ya que este tipo de evaluaciones suelen encargarse por los responsables de la administración o de las entidades a fin de mejorar la atención a los niños. Estas evaluaciones podrían ser pertinentemente definidas, entonces, como formativas, es decir, como evaluaciones dirigidas a introducir mejoras en el funcionamiento del programa (véase epígrafe «Los tipos de evaluación» en el Capítulo 15). Como ejemplo, en la

Figura 16.1 puede verse un caso de valoración de la atención recibida por parte de adolescentes con importantes problemas de conducta en un hogar de acogida especializado en menores, donde las normas son mucho más estrictas. Puede comprobarse que las puntuaciones de las escalas (tipo Likert de 1 a 5 puntos) de la entrevista semiestructurada son muy altas en prácticamente todos los aspectos (la escala de necesidades básicas se refiere a la satisfacción con la comida, compra de ropa, etc.). Aunque este ejemplo se ilustra sólo con datos cuantitativos, nuestro sistema recoge también la explicación cualitativa que los entrevistados ofrecen, permitiendo averiguar no sólo el nivel que otorgan a cada aspecto, sino también las razones por las que lo evalúan de ese modo.

FIGURA 16.1. EJEMPLO DE VALORACIÓN DE LOS PROPIOS JÓVENES EN UN HOGAR DE ACOGIDA



Así pues, la evaluación de proceso es una valoración del funcionamiento de los hogares de acogida en un momento determinado que nos sirve para identificar prácticas inadecuadas, carencias, disfunciones, así como buenos usos, todo ello a fin de tomar decisiones que mejoren el desarrollo del servicio. Eso se ha llevado a cabo, recordémoslo, mediante el ARQUA y se trata de una evaluación de tipo externo que se realiza por encargo de administraciones o entidades.

3.2. Evaluación de resultados

Si la evaluación del proceso tiene una preocupación esencial por la forma en que se desarrolla la atención a los menores, la evaluación del resultado, según hemos visto en el Capítulo 15, se interesa por el grado en que esta atención consigue alcanzar los objetivos para los que se creó el programa (eficacia), y si la experiencia de haber recibido estas atenciones tiene consecuencias positivas en el medio y largo plazo para los que las reciben (efectividad). De este modo distinguimos entre dos tipos de consecuencia: las que están prescritas como objetivos, y cualquier otra que pudiera ocurrir como efecto de recibir una intervención.

Es importante destacar que la evaluación de los objetivos (lo que está preestablecido) y del impacto (cualquier consecuencia achacable al programa) pueden tener signo muy distinto. Si tomamos como ejemplo las instituciones de la beneficencia para menores de las que hablamos al principio del capítulo (masificadas, en régimen de internamiento, etc.) podríamos decir que sus objetivos se cumplían en mayor o menor grado (se buscaba apartar al niño de un ambiente nocivo familiar, darle una educación, atención médica, recursos de ocio y tiempo libre, una formación profesional, etc.). Sin embargo, la larga vida en un internado, apartados del resto de los niños, excluidos de los espacios sociales normalizadores y con escasas figuras adultas con las que establecer vinculaciones afectivas estrechas, podía tener como consecuencia un desarrollo con importantes carencias afectivas y sociales, además de problemas muy serios para transitar desde la sobreprotección del internado a la vida social independiente al cumplir los dieciocho años. Aunque admitamos que los objetivos bienintencionados de este programa se cumplían razonablemente, los resultados de una vida institucionalizada eran muy negativos en el largo plazo. Si se evalúan sólo los objetivos se corre el riesgo de no detectar otras consecuencias (positivas o negativas) del programa.

Un ejemplo contrario sería la evaluación del programa Barrio Sésamo para niños. El objetivo de este programa era realizar mediante la televisión una educación compensatoria, evitando que los niños llegaran al inicio de la escolaridad en situaciones muy desiguales debido a su extracción social y posibilidades. Cuando Cook *et al.* (1975) evaluaron el programa encontraron que su implantación había aumentado el nivel de conocimientos básicos de los niños a su llegada al colegio pero las diferencias sociales permanecían. Se daba el caso paradójico de ser un programa con un impacto social positivo que no llegaba a alcanzar sus objetivos.

Pues bien, reconocida la necesidad de diferenciar entre resultados como objetivos y resultados como impacto, nuestro diseño presenta dos propuestas muy diferentes de evaluación que pasamos a detallar.

3.2.1. La evaluación de objetivos (eficacia)

Como se ha visto en el Capítulo 2, la definición de objetivos es inherente a una programación, y se trata de una tarea que debe reunir las características que allí se indican. A fin de cuentas, los objetivos son nada menos que el «para qué» de los programas, y por tanto justifican la puesta en marcha de los recursos para alcanzarlos.

Sin embargo, el tema de los objetivos es un asunto extraordinariamente complejo y la forma en que estén formulados puede dar lugar a situaciones muy distintas en una evaluación. De hecho, una primera posibilidad es que un servicio esté funcionando sin que se hayan establecido objetivos formales, como a veces ocurre cuando un servicio, cuya necesidad es obvia, lleva funcionando mucho tiempo pero nadie se ha parado a realizar un diseño técnico del mismo. Este es el caso de las grandes instituciones infantiles cuyos proyectos educativos (como documento clave de planificación) se comenzaron a explicitar hace muy poco tiempo. En muchos casos, los objetivos quedaban reducidos a fórmulas llenas de vaguedad: «lograr el pleno desarrollo del niño como ser humano», «formar una personalidad equilibrada...», etc. Es muy difícil evaluar objetivos de ese tenor puesto que para poder valorarlos se requiere su traducción en algún tipo de medida, ya sea cuantitativa o cualitativa, pero de algún modo objetivable.

El problema del evaluador cuando se encuentra con programas cuyo diseño de objetivos no es adecuado, y por tanto no permite una evaluación de los mismos, tiene que ver con lo que Wholey (1977) llamó evaluación de la evaluabilidad, tal como se describe en el Capítulo 15. Esta revisión inicial de un programa para ver «si se deja evaluar» (si reúne los requisitos mínimos para ser evaluado) encuentra uno de sus principales escollos cuando los objetivos no existen o están inadecuadamente formulados (imprecisos, irreales, sesgados, no operacionalizables, etc.). El capítulo de Elvia Vargas nos ofrece un excelente ejemplo de las consecuencias de la indefinición de objetivos. El propio Wholey recomendaba adoptar una postura de «apoyo a la gestión» (del Valle, 1996) del programa cuando la evaluación de la evaluabilidad resultaba negativa, de modo que en vez de concluir que el programa no se puede evaluar, se procedía a ayudar a sus gestores a formular

adecuadamente estos objetivos, e incluso a instalar sistemas de registro y toma de datos que facilitaran la evaluación posterior.

Pues bien, en nuestro caso se han dado estas circunstancias cuando empezamos los trabajos de evaluación en este ámbito (hace ya más de diez años). Por asombroso que pueda parecer, no existían documentos donde se establecieran con la claridad y la pertinencia necesarias los objetivos de los programas de acogimiento residencial. Para paliar esa carencia establecimos un grupo de trabajo con profesionales de este ámbito y de la protección infantil en general, a fin de acordar un listado de los objetivos que deberían alcanzar estos programas. En un primer nivel se definieron dos grandes objetivos generales de los que se iban desprendiendo objetivos específicos. A su vez, para cada uno de los objetivos específicos se establecieron indicadores que permitieran su evaluación. Los objetivos generales y específicos resultantes son los siguientes:

Objetivo general 1: Estimular el desarrollo personal y el crecimiento en los diversos aspectos biopsicosociales según las etapas y momentos evolutivos:

- Objetivo específico 1.1. Desarrollo cognitivo e intelectual.
- Objetivo específico 1.2. Desarrollo afectivo y motivacional.
- Objetivo específico 1.3. Desarrollo de habilidades sociales e instrumentales.
- Objetivo específico 1.4. Desarrollo y crecimiento saludable.

Objetivo general 2: Lograr una adecuada integración social en los contextos de convivencia y socialización:

- Objetivo específico 2.1. Integración familiar.
- Objetivo específico 2.2. Integración escolar.
- Objetivo específico 2.3. Integración en el hogar de acogida.
- Objetivo específico 2.4. Integración en el contexto comunitario.
- Objetivo específico 2.5. Integración en el contexto laboral.

El primer objetivo tiene un referente psicológico de primer orden: la necesidad de que el niño acogido en un hogar reciba una educación estimulante, enriquecedora y favorecedora de su crecimiento en los diversos aspectos que componen cada uno de los objetivos en que se desglosa. El segundo está relacionado, por su parte, con la necesidad de que los menores se socialicen adecuadamente y se integren en los contextos básicos de convivencia que poseen otros niños; es decir, que circulen socialmente y aprovechen las oportunidades de relación y crecimiento que estos contextos procuran.

Así las cosas, la metodología que desarrollamos es distinta dependiendo de cada uno de los grandes objetivos. El primero de ellos se refiere a modificaciones que se realizan en periodos amplios de tiempo, y por ello proponemos un diseño antes-después, donde el niño sea evaluado a su llegada al acogimiento residencial y a la salida. En cambio, la integración social es un proceso sujeto a cambios muy importantes en cualquier momento (cambios de colegio, cese de visitas familiares, nuevas amistades en la comunidad, cambios de actividades de ocio, etc.) por lo que hemos desarrollado un sistema de monitorización llamado «Sistema de Evaluación y Registro en Acogimiento Residencial» —SERAR— (del Valle, 1998; del Valle y Bravo, 2001) para registrar, con una periodicidad mensual, la consecución de los objetivos relacionados con la integración social, además de servir como soporte de registro para información relevante de cualquiera de esos contextos (visitas que recibe de la familia, calificaciones escolares, actividades de ocio en la comunidad, etc.). El SERAR es, pues, un sistema de evaluación de resultados utilizado por los propios educadores que permite concretar el cumplimiento de los objetivos en cada uno de los niños. El Cuadro 16.4 presenta una comparación de distintos aspectos que diferencian el enfoque metodológico de ambos objetivos generales.

CUADRO 16.4. COMPARACIÓN DEL DISEÑO METODOLÓGICO DE EVALUACIÓN DE CADA UNO DE LOS DOS GRANDES OBJETIVOS DEL ACOGIMIENTO RESIDENCIAL

	DESARROLLO	INTEGRACIÓN
Diseño.	Antes-después.	Series temporales.
Técnicas.	Pruebas psicológicas y médicas.	Sistema de monitorización de objetivos.
Instrumentos.	Escala de desarrollo. Cuestionario de problemas de conducta. Cuestionario de autoestima. Cuestionario de apoyo social. Cuestionario de habilidades sociales. Medida de desarrollo somático. Registro de enfermedades y tratamientos.	SERAR: Sistema de evaluación y registro en acogimiento residencial. Observación. Entrevista.
Evaluador.	Profesionales específicos.	Educadores.

Tal y como hemos tenido oportunidad de ver en el Capítulo 15, el diseño antes-después no puede garantizarnos que los cambios en el desarrollo del niño sean con toda certeza debidos al programa, pero buscar grupos de comparación equivalentes de control sería una tarea muy compleja, por no decir imposible. Por otra parte, si un niño está recibiendo una educación en un hogar de acogida durante dos o tres años y sus indicadores de desarrollo mejoran significativamente, tampoco parece teóricamente muy descabellado afirmar que una parte de la explicación pueda ser debida a que el niño está recibiendo una buena educación. Y visto a la inversa, el hecho de que mejoren sus indicadores de desarrollo viviendo en hogares de acogida tendría que verse como un resultado muy positivo, ya que históricamente se ha dicho que los niños que han vivido en instituciones ven perturbado su desarrollo.

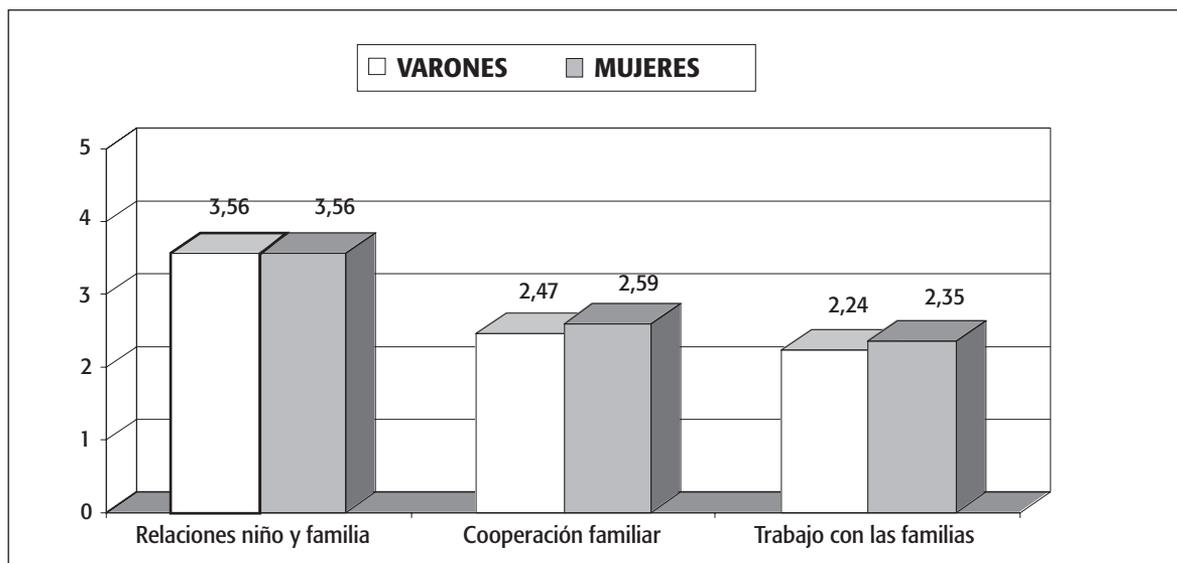
El diseño de evaluación de la integración social mediante el SERAR ha supuesto una experiencia de enorme impacto en la práctica de los hogares de acogida de nuestro país. Actualmente este sistema se encuentra implantado en siete Comunidades Autónomas y en un buen número de entidades privadas colaboradoras a lo largo de la geografía española. El sistema ha sido validado en una aplicación con una muestra cercana a 1.000 menores evaluados durante un periodo entre dos y tres años (Bravo, 2002). Se trata de un sistema en el que el educador de referencia de cada niño, junto con el equipo y con el propio niño o joven, debe ir evaluando la evolución de la integración social en cada contexto de desarrollo. Para ello se desarrollaron un conjunto de ítems de objetivos que desglosan cada uno de estos contextos y que han sido factorializados en la validación dando lugar a una serie de dimensiones que se reproducen en el Cuadro 16.5. Con este esquema entenderíamos que los objetivos de una integración familiar positiva consisten en una buena relación con la familia, en la cooperación de los padres en el trabajo educativo, y en que el trabajo con las familias consiga modificar sus comportamientos parentales para la recuperación de su hijo.

Para ilustrar la aplicación de este sistema, el Gráfico 16.1 muestra cómo se pueden detectar mediante la evaluación las dificultades para lograr unos y otros objetivos cuando se ha aplicado a una muestra de 888 menores en acogimiento residencial, y tomamos la puntuación final del año como referencia (Bravo y del Valle, 2001). En el caso del Gráfico 16.1 se puede observar que aunque mantienen buenas relaciones con la familia, la cooperación es mucho más difícil de lograr, y los cambios que produce el trabajo sobre estas familias son el aspecto más arduo a la hora de obtener resultados positivos (se trata de puntuaciones cuyo rango es de 1 a 5).

CUADRO 16.5. CONTEXTOS DE INTEGRACIÓN SOCIAL Y DIMENSIONES MEDIDAS

Contextos	Dimensiones factoriales
Integración familiar	Relaciones entre el niño y la familia Cooperación de la familia Trabajo con la familia
Integración hogar acogida	Autonomía y responsabilidad <ul style="list-style-type: none"> • Obligaciones y cuidado personal • Alimentación • Tareas escolares • Manejo de recursos e independencia Adaptación <ul style="list-style-type: none"> • Integración social • Disposición para el aprendizaje y participación
Integración escolar	Integración escolar
Integración laboral	Preparación para el trabajo Integración laboral
Integración comunitaria	Integración comunitaria

GRÁFICO 16.1. PUNTUACIONES PROMEDIO DE CONSECUICIÓN DE OBJETIVOS EN LAS DIMENSIONES DEL CONTEXTO FAMILIAR MEDIANTE EL SERAR



En el Gráfico 16.2 se pueden apreciar las dimensiones de adaptación social a las que se ha añadido la dimensión comunitaria para visualizar la comparación. Mientras que la relación social con los compañeros y el sentirse a gusto conviviendo en el hogar tienen unas puntuaciones relativamente altas, la integración en la

comunidad (disponer de amigos, realizar actividades en la comunidad, etc.) ofrece promedios bastante bajos. Por otro lado, el lector habrá apreciado que las mujeres obtienen prácticamente siempre promedios más elevados que los varones (significativos estadísticamente $p \leq 0,05$).

GRÁFICO 16.2. PUNTUACIONES PROMEDIO EN ALGUNAS DIMENSIONES DEL CONTEXTO RESIDENCIAL Y COMUNITARIO DEL SERAR

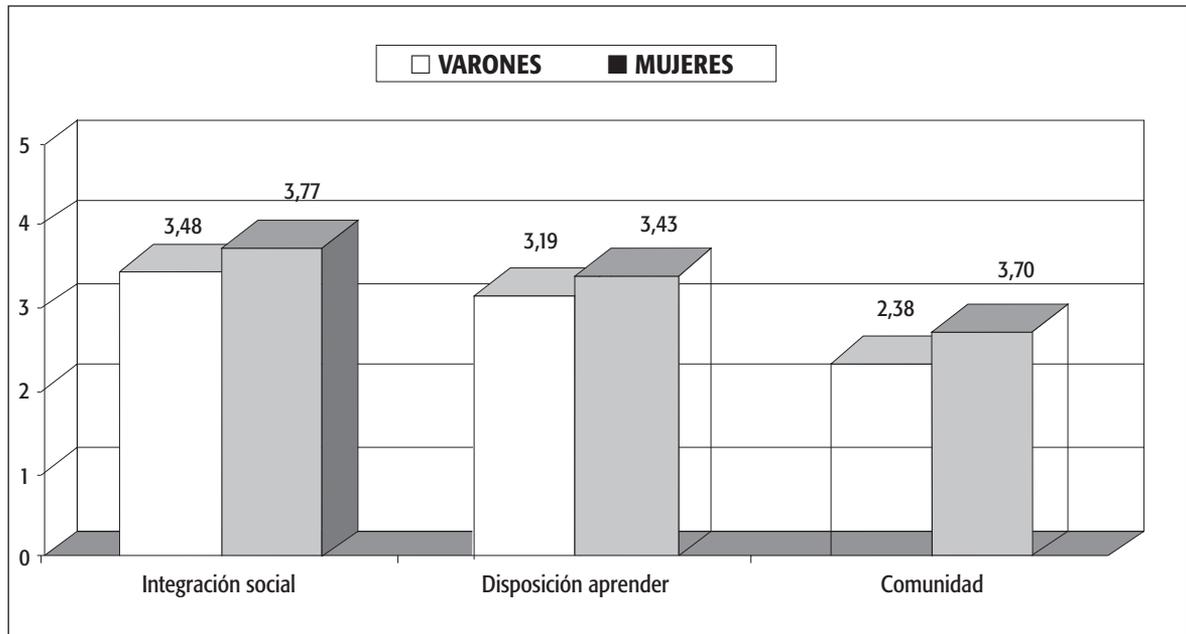
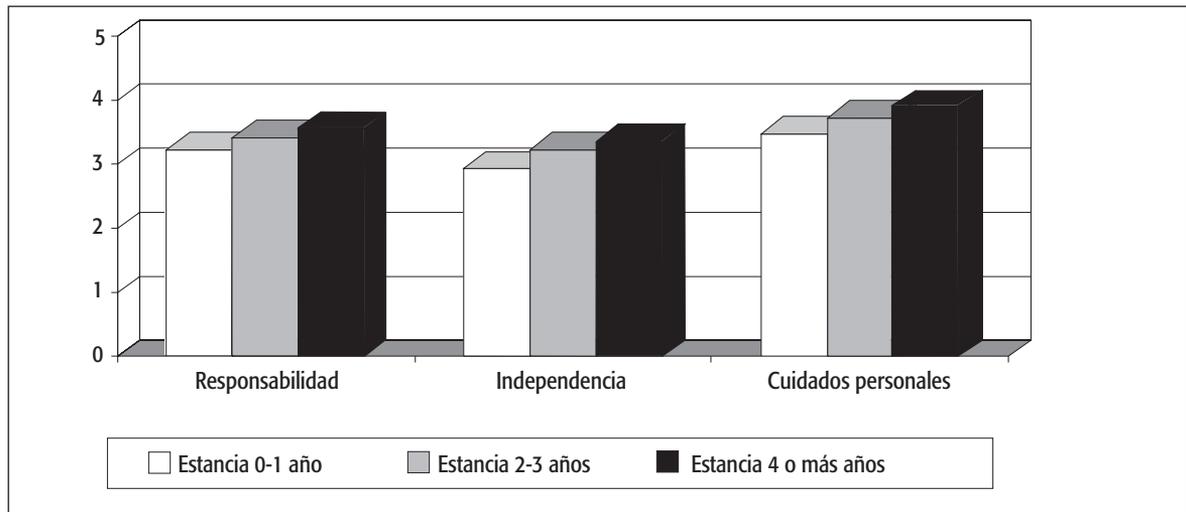


GRÁFICO 16.3. EVOLUCIÓN DEL PROMEDIO DE LOGRO DE OBJETIVOS SEGÚN LOS AÑOS DE ESTANCIA EN EL HOGAR



Puesto que disponemos de series temporales correspondientes a varios años, esta evaluación nos permite también comprobar un aspecto esencial. El Gráfico 16.3 permite mostrar cómo la valoración del logro de objetivos de los chicos y chicas evaluados es más alta a medida que llevan más años de estancia en acogimiento residencial. A buen seguro, y con buen criterio, el lector sospechará que este resultado no sólo debe atribuirse a la experiencia educativa en la residencia, sino a la lógica y esperable mejoría que se produce en el transcurso del ciclo vital. Aunque el informe completo está disponible en Bravo y del Valle (2001), convendría adelantar que la dimensión responsabilidad no guarda relación con la edad pero sí con el tiempo pasado en la residencia. La dimensión independencia tiene, en cambio, una correlación significativa con la edad ($r = 0,40$).

Como se puede apreciar, el disponer de registros de monitorización de objetivos nos permite no sólo averiguar cómo se desarrollan cada uno de los menores a los que educamos, sino extraer conclusiones generales del programa cuando tomamos todos los datos agregados. De manera más concreta, podríamos señalar la existencia de cuatro diferentes niveles de aplicación para la explotación de una evaluación de objetivos como la que estamos registrando. Se detallan en el Cuadro 16.6 y puede apreciarse que corresponden aproximadamente con el nivel de caso, proyecto, programa o plan.

CUADRO 16.6. NIVELES DE EVALUACIÓN Y APLICACIÓN DEL SERAR

Evaluando ¹	Sujeto de evaluación	Nivel de intervención
Caso	Evolución de un niño/a	Resultado de caso
Hogar	Logros de los niños de un hogar	Resultado de un proyecto educativo
Entidad competente/territorio	Logros de los niños de una comunidad y su red	Resultado de un programa regional
Medida de acogimiento residencial	Logros de los niños en acogimiento residencial	Resultado de nivel nacional (plan) ²

¹ Término utilizado por Scriven para designar aquello que se evalúa.

² En realidad, no existe un plan nacional de infancia. El interés por lo que ocurre a este nivel, desgraciadamente, queda al arbitrio de los propios investigadores. No ocurre lo mismo con las personas mayores que aunque también sus servicios son competencia de las Comunidades Autónomas, disponen de un Plan Nacional Gerontológico evaluable.

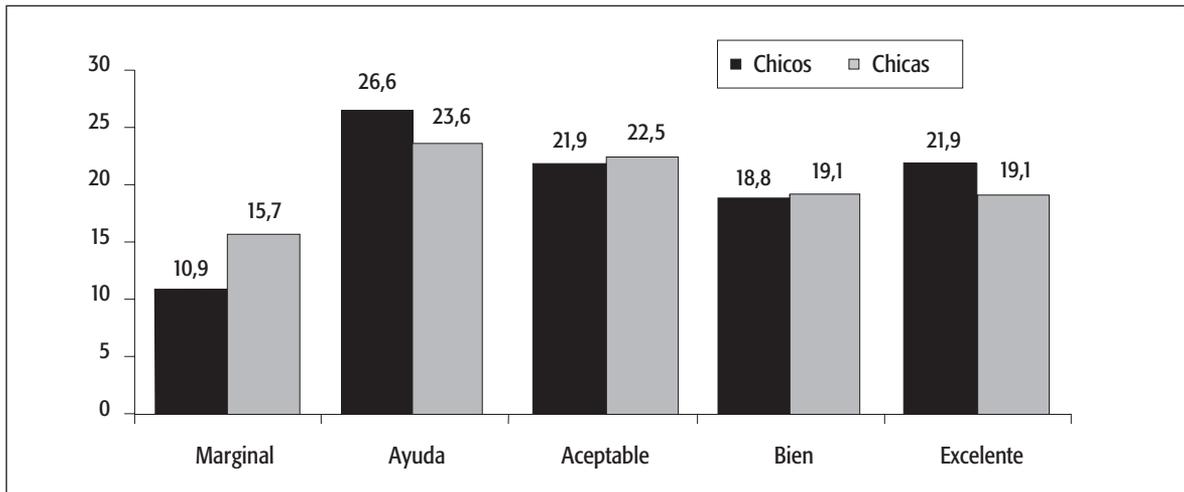
3.2.2. Evaluación de impacto (efectividad)

La cuestión de la evaluación de impacto tiene que ver, como ya se ha dicho, con la medida de los efectos que ha tenido la experiencia residencial sobre los niños y jóvenes atendidos. La cuestión es tan abierta que requiere un diseño específico de investigación, así como tomar las decisiones propias de una investigación. El más importante de los temas es, sin duda, el tipo de impacto que queremos medir, y con qué metodología lo vamos a hacer. Tras haber comentado ya las evaluaciones de diseño, de proceso y de resultado en lo referente a objetivos (eficacia), a continuación presentaremos un ejemplo de este tipo de evaluación que completa el diseño integral o comprensivo,

El impacto es, casi siempre, un tipo de medida que requiere un tiempo posterior a la intervención del programa en el que puedan ir apareciendo posibles efectos (positivos o negativos) debidos a este. Esto suele requerir estudios de seguimiento que tras una intervención puedan evaluar el estado de las personas que han pasado por el programa y comprobar sus efectos. Como el nuestro es un programa educativo, los efectos pueden dejarse ver bastante más tarde, y puesto que no se trata de la educación centrada en unos contenidos muy concretos, sino que afecta a todos los ámbitos (escolaridad, salud, relaciones, responsabilidad, afecto, etc.) se supone que su impacto debe ser significativo y global. Dicho de otro modo, sería de esperar que como consecuencia de la educación recibida, los menores tengan acceso a oportunidades sociales y puedan ser adultos con formación, integración laboral, autonomía económica, salud, etc.; es decir, adultos con una alta calidad de vida. A fin de cuentas, eso es lo que los padres buscan dándoles la mejor educación posible a sus hijos como garantía de futuro, y el acogimiento residencial tiene que cumplir con una función básicamente parental.

Con este planteamiento desarrollamos una evaluación de impacto mediante seguimiento de los menores que habían estado residiendo en hogares de protección del Principado de Asturias al menos durante un año entero, y que hubieran terminado su estancia en estos hogares entre 1990 y 1995. El trabajo se hizo varios años más tarde de modo que en todos los casos hubieran transcurrido más de tres desde la salida del hogar, alcanzando en algunos hasta ocho años. A fin de evaluar su transición a la vida adulta, el estudio se centró en aquellos que habían salido del acogimiento residencial y tenían edades entre 18 y 29 años. Se procedió a entrevistar a un total de 166 jóvenes que como promedio habían residido en hogares de protección durante siete años. La entrevista semiestructurada recogió aspectos de sus actividades principales (estudio o trabajo), vivienda (propia, alquilada, de los padres, etc.), situación de hogar (independientes o con familiares), situación laboral (fijo, parado, temporal, etc.), ingresos, salud, red social y problemas de integración (delitos, adicciones, actividades marginales, etc.).

GRÁFICO 16.4. NIVELES DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE MENORES QUE ESTUVIERON ACOGIDOS EN HOGARES DE PROTECCIÓN



Aunque los datos del estudio pueden consultarse con detalle en del Valle, Álvarez-Baz y Bravo (2003), en el Gráfico 16.4 reproducimos una síntesis de la evaluación. Los jóvenes se agruparon en cinco categorías de acuerdo a los indicadores que se acaban de comentar (vivienda, ingresos, trabajo, salud...). La muestra queda distribuida en un 13 por ciento que se encuentra en situación marginal (fundamentalmente delincuencia en los varones y prostitución en las chicas, con bastantes casos de adicción); un 24 por ciento está recibiendo ayuda de los servicios sociales; un 22 por ciento había estado recibiendo algún tipo de ayuda y en la actualidad está empezando a desenvolverse sin ella, aunque la situación no esté definitivamente consolidada; un 19 por ciento se desenvuelve bien en la mayoría de los indicadores pero no en todos (el trabajo no es fijo, o los ingresos son bajos...), y el último grupo lo componen aquellos que presentan todos los indicadores en un nivel positivo y definitivo (21 por ciento).

Por otro lado, cuando se estudiaron las variables que tenían relación con el grado de integración social alcanzado, se observaron algunos resultados dignos de mención. La correlación entre el tiempo de estancia y el nivel de integración era nula (pese a lo esperado), mientras que el número de cambios de hogar de acogida resultó ser el factor de mayor impacto sobre el grado de integración social (a más cambios peor nivel de integración). En cuanto a los tipos de maltrato sufrido, los casos de negligencia familiar (descuido y falta de atención)

resultaron estar relacionados con peores niveles de ajuste, mientras que otras causas de protección como el abuso sexual o el maltrato físico no ofrecían relación alguna con el resultado de la integración.

Dado que se trata de un ejemplo, dejamos que el lector extraiga sus conclusiones sobre lo que significan los datos y que se enfrente a la tarea más esencial de cualquier evaluador, que no es, desde luego, extraer números o categorías, sino darles significado y obtener conclusiones valorativas sobre la calidad de los programas. Para un análisis a fondo sobre este ejemplo, su diseño y sus datos, invitamos al lector a la lectura del debate que este artículo suscitó (Moreno, 2003; Palacios, 2003 y del Valle 2003).

4. CONCLUSIONES

En este capítulo se ha pretendido ilustrar la evaluación de programas con un ejemplo especialmente complejo que seguimos desarrollando en la actualidad. Nuestra actividad está en continua evolución en este campo, y los instrumentos aquí expuestos así como los diseños de medida han ido cambiando y siguen en transformación para ajustarse a una realidad igualmente en evolución.

La tarea es de una relevancia tal (asegurar que los menores que no tienen una familia que cubra sus necesidades de afecto protección y educación obtengan una atención que supla estas carencias) que exige un desarrollo permanente de metodología para llevar a cabo las evaluaciones con el mayor rigor. A fin de cuentas los evaluadores no se libran de ser evaluados en cuanto al rigor y la calidad del propio proceso de las evaluaciones que realizan, algo que se ha denominado por Scriven (1991) como meta-evaluaciones.

Como hemos tenido oportunidad de ver, las estrategias de evaluación de programas pueden ser muy distintas según se trate de evaluación de proceso o de resultados. Dentro de estas últimas, los diseños pueden variar sustancialmente si se refieren a objetivos o si se dirigen a medir impacto. En este capítulo hemos podido observar un ejemplo de evaluación del funcionamiento (proceso) de los hogares infantiles mediante un instrumento específicamente desarrollado para este fin (ARQUA), que permite una evaluación externa de la calidad de la atención de los hogares en un momento concreto. Hemos presentado Igualmente un sistema de recogida de información permanente sobre el logro de objetivos de cada niño (SERAR), que incorpora también la monitorización de muchos otros elementos de información relevante (visitas de los padres, enfermedades, logros escolares, etc.). Por último, se ha presentado un estudio de impacto mediante una investigación de seguimiento a largo plazo de jóvenes que en su día residieron en hogares de acogida con el propósito de valorar su integración social y su calidad de vida como adultos. Las evaluaciones de resultados, especialmente las de impacto, suelen consistir en diseños de investigación que no se diferencian de otras investigaciones aplicadas más que en su finalidad evaluativa. En estos casos sería muy pertinente el rótulo de investigación valorativa (*evaluation research*) que también se ha usado en ocasiones para referirse a la evaluación de programas.

El lector puede también reflexionar sobre posibles diseños para evaluar impacto que no sean, como en nuestro caso, de medida única y sin grupo de comparación. ¿Es posible hacer grupos de control? ¿Sería posible hacer medidas temporales? La evaluación de programas plantea siempre el reto de aplicar las metodologías y los diseños de investigación a una realidad que no siempre se pliega a nuestras necesidades de control, y en la que difícilmente podremos aplicar las estrategias usuales de laboratorio. Esta dialéctica entre rigor metodológico, por un lado, y límites éticos y validez ecológica, por otro, está siempre en el fondo de la evaluación de programas sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M. D. (1963). Efectos de la privación materna: estudio de los hallazgos y controversia sobre los métodos de investigación. En O.M.S.: *Privación de los cuidados maternos. Revisión de sus consecuencias*. Ginebra.
- Bowlby, J. (1951). *Cuidados maternos y salud mental*. O.M.S. Ginebra.
- Bravo, A. (2002). *Análisis y validación de un sistema de evaluación y programación para residencias de protección a la infancia*. Tesis doctoral. Universidad de Oviedo.
- Bravo, A. y del Valle, J. F. (2001). Evaluación de la integración social en acogimiento residencial. *Psicothema*, 13, 2, 197-204.
- Bronfenbrenner, U. (1989). *La ecología del desarrollo humano*. Madrid: Paidós.
- Clark, A. y Statham, J. (2005). Listening to young children. Experts in their own lives. *Adoption and Fostering*, 29, 1, 45-56.
- Cook, T. D., Appleton, H., Conner, R., Shaffer, A., Tamkin, G. y Weber, S. J. (1975). *Sesame Street« revisited*. New York: Russell Sage Foundation.
- Defensor del Pueblo (1991). *Estudio sobre la situación del Menor en centros Asistenciales y de Internamiento y Recomendaciones sobre el Ejercicio de las Funciones Protectora y Reformadora*. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo.
- Fernández del Valle, J. (1996). Roles y estrategias en evaluación de programas. *Intervención psicosocial*, 14, 9-23.
- Fernández del Valle, J. (1998). *Manual de programación y evaluación para los centros de protección de menores*. Salamanca: Servicio de Publicaciones de la Junta de Castilla y León.
- Fernández del Valle, J. (2003). Acogimiento residencial: ¿innovación o resignación?. *Infancia y Aprendizaje*, 26, 375-379.
- Fernández del Valle, J. (en prensa). *El sistema ARQUA para la evaluación de programas de acogimiento residencial*. Oviedo: KRK ediciones.
- Fernández del Valle, J., Álvarez, E. y Bravo, A. (2003). Evaluación de resultados a largo plazo en acogimiento residencial de protección a la infancia. *Infancia y Aprendizaje*, 26, 235-249.
- Fernández del Valle, J. y Bravo, A. (2001). *Sistema de evaluación y programación para menores acogidos en centros de acogida inmediata*. Tenerife: Instituto Insular de Atención social y sociosanitaria.
- Fernández del Valle, J. y Fuertes, J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Fernández Ballesteros, R. (1987). *El ambiente, Análisis Psicológico*. Pirámide, Madrid.
- Maluccio, A. N. Fein, E. y Olmstead, A. K. (1986). *Permanency planning for children: Concepts and methods*. New York: Tavistock Publications.
- Ministerio de Justicia (1984). *La Obra de Protección de Menores*. Departamento de Publicaciones del Consejo Superior de Protección de Menores. Madrid
- Moreno, M. C. (2003). Escribir, re-escribir y discutir: el debate científico en Infancia y Aprendizaje. *Infancia y aprendizaje*, 26, 3, 351-352.
- O'Connor, T., Rutter, M. y the ERA team (2000). Attachment disorder behaviour following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 703-712.
- Palacios, J. (2003). Instituciones para niños: ¿protección o riesgo? *Infancia y Aprendizaje*, 26, 3, 353-363.
- Rossi, P. H., Freeman, H. E. y Lipsey, M. W. (1999). *Evaluation: A systematic Approach*. California: Sage Publications (6.ª edición).
- Scriven, M. (1991). *Evaluation Thesaurus*. Newbury Park: Sage.

- Spitz, R. (1945). Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psycho-analytic Study of the child*, 1, 153-172.
- Weiss C. (1983). Ideology, interest and information: the basis of policy decisions. En D. Callahan y B. Jennings (eds.): *Ethics, the social sciences, and policy analysis* (pp. 213-245). Nueva York: Plenum.
- Wholey, J. S. (1977). Evaluability Assessment. En L. Rutman (ed.): *Evaluation Research Methods: A basic Guide*. Beverly Hills: Sage.

CAPÍTULO 17

Evaluación participativa y de empoderamiento de programas de intervención con inmigrantes

Manuel Francisco Martínez
y Julia Martínez



COMPENDIO DEL CAPÍTULO

En Andalucía se vienen aplicando desde hace más de diez años una serie de proyectos que, bajo la coordinación de la administración autónoma y la financiación del Fondo Social Europeo, se dirigen a mejorar las condiciones contextuales y personales de los inmigrantes para mejorar su inserción en el mercado laboral. En este capítulo se abordan algunos aspectos de la evaluación externa del último de estos Proyectos (Equal-Arena) porque, tal y como se reflejó en el Capítulo 15, la evaluación de las actividades implementadas para atender un problema social se convierte en una tarea fundamental para cubrir las necesidades diagnósticas de todos los interesados en un Plan, Programa o Proyecto concreto.

1. Análisis contextual del Proyecto Equal-Arena
 2. El Proyecto Equal-Arena
 3. El sistema de evaluación del Proyecto Equal-Arena
 4. La Agrupación de Desarrollo Mosaico: una nueva forma de trabajo para el cambio social
 5. Servicios de atención a inmigrantes en el nivel comunitario
 6. Prevención de la exclusión social en la mujer inmigrante
-

1. ANÁLISIS CONTEXTUAL DEL PROYECTO EQUAL-ARENA

Con el fin de promocionar la igualdad de oportunidades en diversos grupos sociales (inmigrantes, minorías étnicas, etc.), y disminuir la discriminación en el mercado laboral, la Unión Europea define una *Estrategia Europea para el Empleo* que se fundamenta en cuatro pilares básicos: empleabilidad, espíritu de empresa, capacidad de adaptación e igualdad de oportunidades para mujeres y hombres (Comisión Europea, 2000). Equal es la *Iniciativa Comunitaria* de Recursos Humanos promovida por el Fondo Social Europeo para el periodo 2001-2007, y puede considerarse un laboratorio para ensayar nuevas ideas (métodos) en relación a la *Estrategia Europea para el Empleo* y a los procesos de inclusión social. Es una continuación de experiencias anteriores (Iniciativas Adapt y Empleo) y se dirige a la promoción de una mayor inclusión social en el mercado laboral luchando contra la discriminación y exclusión basada en el sexo, raza u origen étnico, religión o creencias, minusvalía, etc.

La Iniciativa Equal incorpora ocho principios claves para optimizar los recursos y garantizar su eficiencia (Unión Europea, 2003), de los que destacamos los cuatro siguientes:

1. *Cooperación institucional y capacitación.* Supone un nuevo modelo de trabajo en el abordaje de un problema social basado en la estrecha colaboración entre instituciones sociales de distinta naturaleza interesadas en la resolución del mismo. Se constituyen así las *Agrupaciones de Desarrollo* que, en la medida de sus posibilidades, capacidades e intereses, acuerdan colaborar en el desarrollo de un Proyecto concreto.
2. *Cooperación transnacional* encaminada hacia una búsqueda conjunta de soluciones, aprender de la experiencia de los demás e incrementar la propia capacidad de acción.
3. Capacidad de transferencia a las políticas generales de las buenas prácticas ensayadas y relacionadas con el mercado de trabajo para la mejora del mercado laboral.
4. Complementariedad con los planes que ya se estén aplicando en la zona.

La Iniciativa Comunitaria Equal ha tenido una importante respuesta en España. Su alta tasa de desempleo y el hecho de haber invertido sólo hace unos años su flujo migratorio la hacen subsidiaria de los objetivos de tal Iniciativa. Y es que los países del sur de Europa se han ido transformando en países receptores de inmigrantes a lo largo de la segunda década de los 80. Grecia, Italia, Portugal y España han pasado de ser *lugares de paso o salas de espera* para los inmigrantes norteafricanos a convertirse en el final del trayecto.

Durante los dos años de vigencia del Proyecto Equal-Arena, la cifra total de residentes extranjeros se incrementó en España en más de 500.000 personas, alcanzando una cifra de 1.977.291 a 31 de diciembre de 2004 (Observatorio Permanente de la Inmigración, 2004). La situación estratégica de Andalucía coloca a esta región como puerta privilegiada de entrada de inmigrantes económicos a España y Europa, privilegio que no está exento de dramatismo por el fatal desenlace que tiene gran parte de los crecientes y diarios intentos por atravesar el Estrecho a bordo de las pateras. De una población de extranjeros de 163.142 en 2002, año en que comienza el Proyecto Equal-Arena, se pasó durante 2004 a 222.773, todo ello sin contar con aquellos que se encuentran en situación irregular. En Andalucía también se ha diversificado la procedencia de la inmigración y a la tradicional procedencia africana se han incorporado inmigrantes latinoamericanos —similitud cultural e idiomática— y, recientemente, asiáticos y de países del Este de Europa.

Los inmigrantes económicos tienden a establecerse en pequeñas áreas rurales y aisladas con una oferta de trabajo poco cualificada y en ocasiones al margen de la legalidad. En ocasiones son percibidos por la población autóctona como una amenaza para sus puestos de trabajo y generan intolerancia por parte de la población local (Navas, 1998; Reboloso *et al.*, 2001), lo que dificulta aún más su integración comunitaria. En un contexto de competición por los recursos (Sherif 1966), estas actitudes racistas no sólo se producen desde la población

autóctona hacia la inmigrante en general, sino también entre la propia población inmigrante. La contratación en origen de trabajadores de Europa del Este (generalmente mujeres) por parte de los empresarios agrícolas deja sin empleo al gran contingente de trabajadores africanos que tradicionalmente venían realizando ese trabajo; esto despierta recelos hacia estas mujeres a las que además se les proporciona una vivienda y se les cubren sus necesidades básicas.

Desde una perspectiva psicosocial e interventiva, esa realidad migratoria hay que enmarcarla necesariamente en los procesos de inclusión-exclusión social. Si con la llegada de los 80 se inició en España una nueva estructuración social con mejora de la renta, de la formación, las infraestructuras, etc., que afectó a un importante sector de la población, otro sector permaneció en situación de precariedad y exclusión social. Pereda, Prada y Actis (1999) apuntan que la economía sumergida, el paro estructural, la precarización del empleo asalariado, la distribución regresiva de la renta, etc., fueron las causas de tal situación. Ya hemos reseñado (García *et al.*, 2002) que en este contexto de crecimiento económico desigual y contradictorio, España se convirtió en país de inmigración, y junto a un amplio segmento de inmigrantes social y laboralmente bien situados, empieza a surgir otro en situación de precariedad crónica y alto riesgo de exclusión social.

2. EL PROYECTO EQUAL-ARENA

Teniendo en cuenta el contexto social y normativo descrito, se constituyó la *Agrupación de Desarrollo Mosaico* con la finalidad de diseñar, implementar y evaluar el Proyecto Equal-Arena en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Este Proyecto es heredero de otros proyectos (Horizon e Integra-Diversidad) implementados también desde la Iniciativa Empleo.

2.1. Metas, Objetivos y Actividades

Como continuación de las estrategias de los proyectos anteriores, a partir de las lecciones aprendidas, y en el marco de la nueva Iniciativa Comunitaria Equal se diseña el Proyecto Equal-Arena con la finalidad *de fomentar la participación en igualdad de la población inmigrante en Andalucía* (Junta de Andalucía, 2002). Para lograr este fin se establecen una serie de metas intermedias, tales como: *a)* crear recursos/ herramientas específicos que faciliten la participación en igualdad de la población extranjera; *b)* formar en interculturalidad a profesionales de la intervención social; *c)* detectar situaciones de discriminación hacia la población extranjera en el ámbito laboral, y *d)* otras medidas como la evaluación externa, el asesoramiento técnico, la difusión y transferencia de las buenas prácticas detectadas a las políticas locales (Acción 3), etc.

El logro de estas metas se realiza estableciendo una serie de objetivos particulares para cada una de ellas (Cuadro 17.1).

CUADRO 17.1. METAS Y OBJETIVOS DEL PROYECTO EQUAL-ARENA

- a)* Crear recursos/herramientas específicos que faciliten la participación en igualdad de la población extranjera.
1. Crear en cada uno de los nueve municipios de referencia del Proyecto un servicio de recepción para inmigrantes.
 2. Realización de Cursos de Lengua y Cultura Española dirigidos a la población inmigrante de los nueve municipios de referencia del Proyecto.
 3. Incorporar un mediador intercultural en los servicios de orientación para el empleo en los nueve municipios de referencia del proyecto.

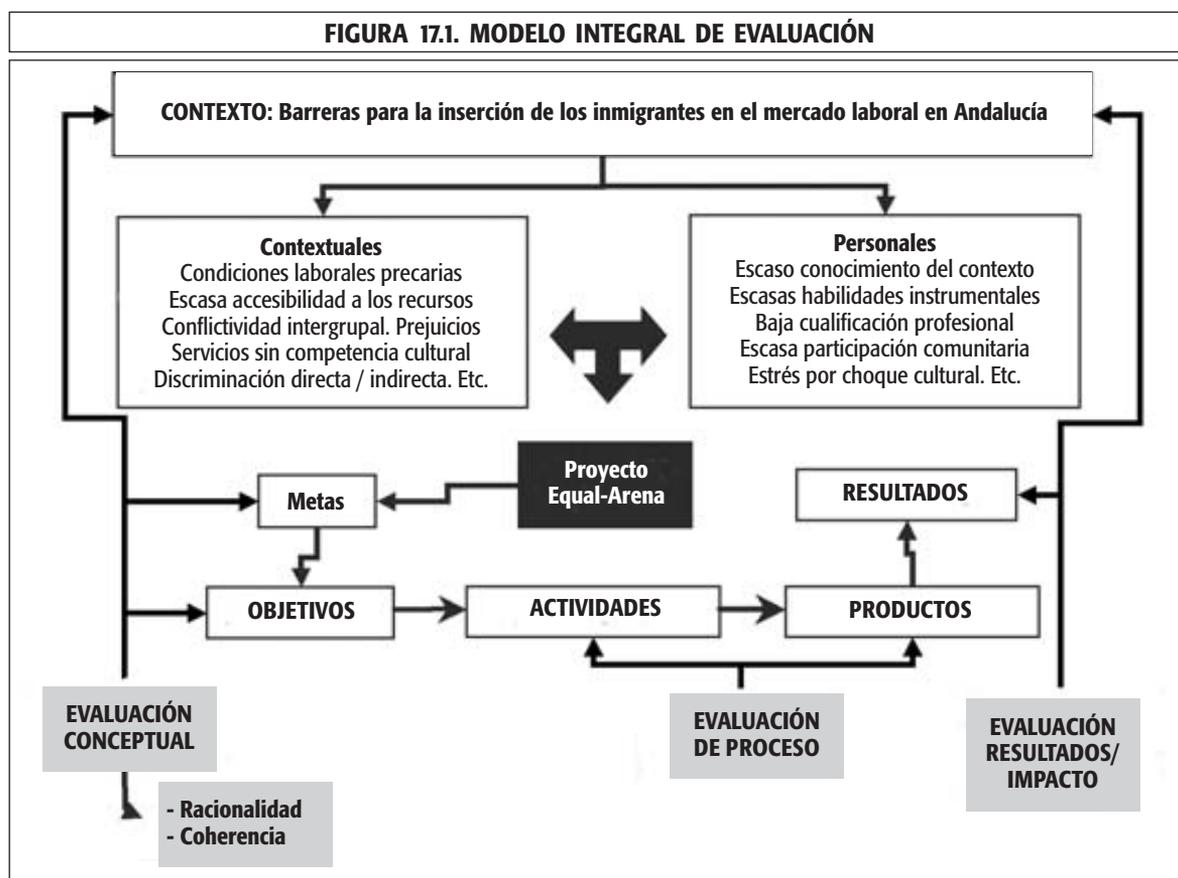
CUADRO 17.1. METAS Y OBJETIVOS DEL PROYECTO EQUAL-ARENA (Continuación)

4. Implementar campañas de sensibilización para la prevención del racismo y la xenofobia en el ámbito laboral en los nueve municipios de referencia del Proyecto.
 5. Definir el perfil de la mujer inmigrante en riesgo de explotación sexual y crear tres servicios de acompañamiento (en Almería, Cádiz y Huelva) para atender a las mujeres inmigrantes que se adapten a dicho perfil.
 6. Difundir las actividades del Proyecto a través de una red telemática, una página web, un mapa de recursos y una imagen corporativa.
- b) Formar a profesionales de la intervención social en el ámbito de la interculturalidad.
7. Organizar dos Cursos de Experto Universitario (Universidades de Granada y Almería) para la formación en mediación intercultural.
 8. Elaboración de materiales educativos en interculturalidad dirigidos a profesionales de la salud, educación, empleo y servicios sociales, y docentes de los cursos de Lengua y Cultura Españolas a impartir en los nueve municipios de referencia del Proyecto.
- c) Detectar situaciones de discriminación hacia la población inmigrante en el ámbito laboral.
9. Crear un observatorio del racismo y la xenofobia en el ámbito laboral.
 10. Elaborar un sistema de indicadores de discriminación laboral.
 11. Realizar un análisis comparativo de las condiciones laborales del trabajador autóctono y del trabajador extranjero, tanto en el empleo agrícola como en el servicio doméstico.
 12. Organizar un seminario monográfico sobre empleo y mujer inmigrante que sirva como espacio de discusión y estudio desde una perspectiva multidisciplinar.
- d) Otras medidas.
13. Realizar una evaluación externa del Proyecto.
 14. Constituir un equipo que preste asesoramiento técnico y coordine todas las actividades del Proyecto.
- e) Acción 3. Desarrollar actividades para la difusión y transferencia a las políticas locales de las buenas prácticas de intervención con población inmigrante detectadas en el Proyecto.
- f) Programa transnacional. Acuerdo transnacional ALAMEDA con la Valonia (Bélgica) y la Lombardía (Italia).
- i. Compartir conocimientos y habilidades en prácticas laborales en la atención al inmigrante, a través de intercambios entre los profesionales vinculados a cada proyecto nacional.
 - ii. Desarrollar herramientas para la intervención social basadas en enfoques innovadores: biblioteca informatizada sobre las migraciones en Europa, sistema de indicadores sobre integración laboral de inmigrantes, página web, definición del perfil del Mediador Intercultural, etc.
 - iii. Promover y desarrollar conocimientos entre los socios de la coalición a través de la realización de tres seminarios temáticos sobre: a) Gestión de la Diversidad; b) Valoración de Identidad y Transferencia de Competencias, y c) Mercado Laboral y Política Europea en Materia de Inmigración.

3. EL SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO EQUAL-ARENA

Teniendo en cuenta que se trata de un proyecto complejo (Fernández-Ballesteros, 1995), estructurado en distintos subproyectos con características muy diferenciadas, se diseñó un sistema de evaluación desde una perspectiva integral (Osuna y Márquez, 2000) que permitiera abordar la evaluación tanto del Proyecto considerado en su conjunto, como de cada uno de sus componentes o actividades. Como diseño integral, se ha tenido en cuenta que un proyecto es una construcción conceptual y organizacional que se explicita en un tiempo y

espacio determinados, y que produce unos efectos en un entorno de múltiples dimensiones. En consecuencia, se hace necesaria una *evaluación conceptual, de proceso y de resultados* (Figura 17.1).



En la evaluación conceptual se analizó el Proyecto Equal-Arena tomado en su conjunto. Tuvo como objetivo la revisión de los elementos que justificaban la necesidad del Proyecto (*racionalidad*), y la forma en que se articuló el mismo (*coherencia*). En concreto, en el estudio de la *racionalidad* se examinaron las relaciones entre la problemática de la integración laboral de los inmigrantes en Andalucía y los objetivos definidos en el Proyecto. Este estudio se sustentó en dos análisis complementarios: el de la *relevancia* o análisis del diagnóstico de situación realizado por los responsables del Proyecto, y su correspondiente plasmación en el mismo a través de objetivos y actividades, y el de la *pertinencia* o análisis de la calidad en la formulación de esos objetivos.

El análisis de la *coherencia* implicó evaluar el grado de adecuación de la jerarquía de objetivos establecidos en el Proyecto y la estrategia conformada para lograrlos. Desde este modelo teórico se distingue la *coherencia interna* o nivel de ajuste y adecuación de los objetivos con la estrategia y con los problemas, y la *coherencia externa* o grado de compatibilidad y/o concordancia de los objetivos y estrategias del Proyecto con otros programas y/o proyectos que se estuvieran implementando en Andalucía, tanto en el ámbito de la inmigración como del empleo.

Como hemos tenido oportunidad de ver en el Capítulo 15, la evaluación de proceso se refiere a la documentación de las distintas actividades del Proyecto y su implementación, en tanto que la evaluación de

resultados (o sumativa) implicó la medición de cambios en la población diana (conocimientos, destrezas, comportamientos y actitudes) o cambios en las condiciones de la comunidad.

El sistema de evaluación ha adoptado también la perspectiva de la diversidad (Trickett, Watts y Birman, 1994), es decir se han tenido en cuenta las diferencias culturales entre interventores y población diana, así como las diferentes tradiciones y tipos de liderazgo de las organizaciones y grupos implicados en el Proyecto. Como una de las vías que ha permitido afrontar con éxito una gestión adecuada de la diversidad ha sido el enfoque basado en la participación, el sistema de evaluación se ha basado en los principios de la Investigación-Acción Participativa en la que promotores, implementadores y equipo técnico participan activamente en el proceso de evaluación. Con ello se incrementa además el empoderamiento de los implicados en relación al diseño, implementación y evaluación de proyectos. La perspectiva de la población inmigrante quedó en todo momento garantizada a través de la Plataforma de Asociaciones de Inmigrantes que era una de las organizaciones sociales que componían la Agrupación de Desarrollo Mosaico, responsable del Proyecto.

En síntesis, en la elaboración del diseño se tuvo en cuenta: *a)* el contexto de implementación del proyecto; *b)* los objetivos de todas las partes interesadas; *c)* las características de Equal-Arena como un *proyecto complejo*; *d)* el principio de cooperación y capacitación de la Iniciativa Comunitaria Equal, y *e)* las recomendaciones sobre gestión y evaluación de proyectos descritas en la *Guide Equal on Transnationality* (Unión Europea, 2002).

Con estos antecedentes referenciales se definieron los siguientes objetivos generales de evaluación del Proyecto Equal-Arena:

1. Comprometer en el proceso de evaluación a todos los implicados en el Proyecto en sus distintos niveles como en las diferentes fases del proceso.
2. Analizar si el Proyecto Equal-Arena responde racionalmente a las necesidades del contexto donde se va a implementar y, como estructura conceptual que es, si se deriva de un modelo teórico y del correspondiente diagnóstico de situación sobre el que se sustentan de forma pertinente y bien articulada los distintos elementos del mismo.
3. Constatar el grado de complementariedad y sinergia del Proyecto Equal-Arena con otros programas de intervención implementados en su contexto de referencia.
4. Valorar el nivel de concordancia entre las metas, objetivos y actividades del Proyecto Equal-Arena con los referentes estratégicos y normativos (regionales y europeos) en materia de discriminación de poblaciones en riesgo de exclusión social.
5. Valorar el nivel de concordancia de los métodos de trabajo y técnicas interventivas del Proyecto Equal-Arena y los propuestos en la Iniciativa Comunitaria Equal.
6. Valorar las actividades y los procesos psicosociales que se dan en la Agrupación de Desarrollo Mosaico responsable del Proyecto.
7. Recopilar y analizar de forma sistemática información suficiente, fiable y de calidad sobre las actividades del Proyecto Equal-Arena recogidas en la Cuadro 17.1.

Dada la complejidad y amplitud de la evaluación de este Proyecto, en el presente capítulo sólo se describirán, a modo de ejemplo, algunas dimensiones de los objetivos de evaluación antes reseñados: *a)* análisis de los procesos psicosociales que se producen como consecuencia del trabajo cooperativo desarrollado en la Agrupación de Desarrollo Mosaico; *b)* análisis de los resultados de realización y satisfacción tanto de los inmigrantes usuarios de los servicios municipales de recepción y orientación, como de los profesionales responsables de dichos servicios, y *c)* descripción de la metodología de empoderamiento empleada con los responsables de las actividades de prevención de la explotación de la mujer inmigrante.

Al comienzo de cada uno de estos tres apartados se describirá brevemente algunos referentes teóricos que justifican la implementación de las actividades analizadas en ámbito de la intervención social con inmigrantes.

4. LA AGRUPACIÓN DE DESARROLLO MOSAICO: UNA NUEVA FORMA DE TRABAJO PARA EL CAMBIO SOCIAL

4.1. Marco teórico

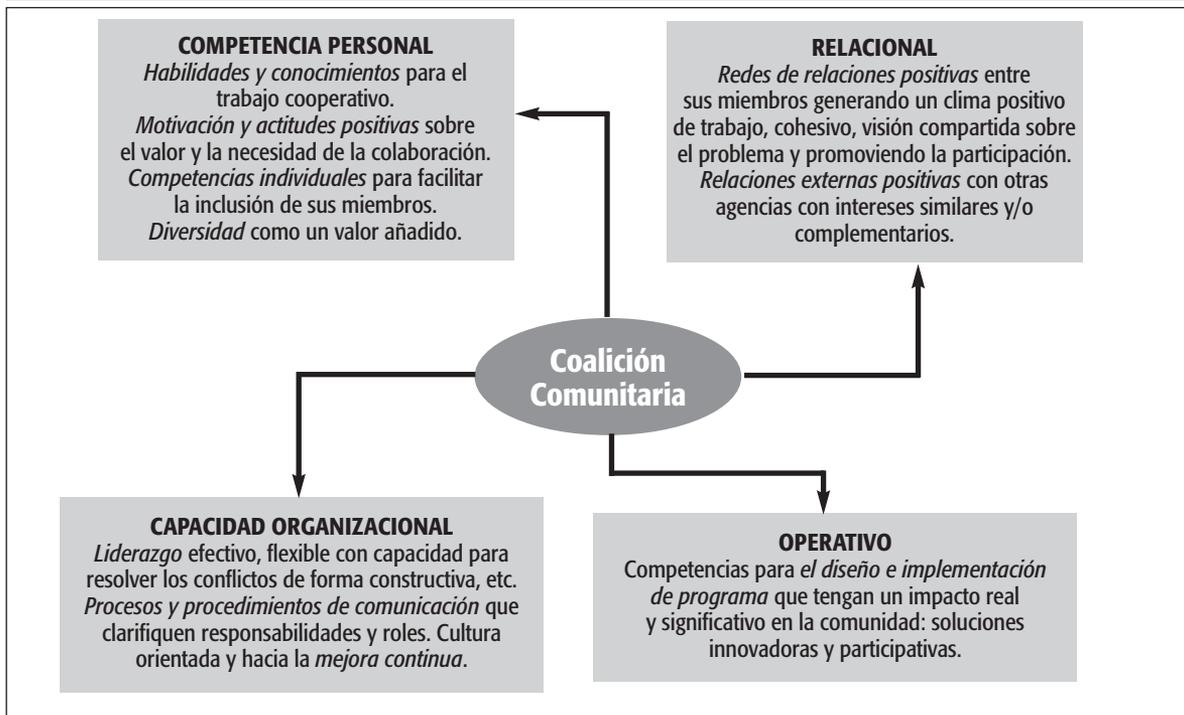
Desde una perspectiva basada en la diversidad, Equal introduce un nuevo enfoque en el diseño, ejecución e implementación de los proyectos basado en la participación en asociaciones estratégicas de todas aquellas entidades comprometidas con el problema (Unión Europea, 2002). Estas *Agrupaciones de Desarrollo* han de reunir a la mayor parte de los agentes claves de una zona o sector que quieran cooperar en el desarrollo de soluciones integradas para los problemas relacionados con la desigualdad o la discriminación en el mundo laboral. Sus miembros deben regular adecuadamente sus relaciones y consensuar una visión conjunta sobre el problema de la discriminación laboral, en este caso relacionado con la población inmigrante. La metodología de trabajo ha de ser participativa, integradora y regirse por el principio de capacitación. Ello significa que todos sus miembros deberán tener la oportunidad de contribuir a la definición de las metas comunes, al desarrollo de las actuaciones, enriquecerse con sus resultados e intervenir en la toma de decisiones, y deberán promover la movilización de los recursos comunes, el desarrollo de las cualificaciones necesarias para intervenir activamente, y la participación y la cooperación de todas las partes interesadas desde la primera fase de definición de la estrategia de la agrupación.

Si tomamos como referentes teóricos distintos modelos actuales sobre intervención social, las *Agrupaciones de Desarrollo* descritas pueden ser asimiladas a las coaliciones comunitarias. En efecto, una coalición comunitaria es definida como aquel conjunto de personas, agrupaciones sociales, administraciones, recursos técnicos, etc. que, desde una perspectiva cooperativa, diseñan e implementan diferentes acciones encaminadas a la resolución de problemas comunitarios, o al logro de cambios sociales (Martínez y Martínez, 2003).

Las coaliciones comunitarias —y por tanto las *Agrupaciones de Desarrollo*— posibilitan en su seno procesos psicosociales como el intercambio de recursos (materiales y psicológicos), la mejora de la capacitación individual, organizacional y comunitaria para el abordaje de problemas sociales, la creación de un sentido psicológico de comunidad, y la promoción en sus miembros de un mayor compromiso personal con su entorno. Como agrupaciones de empoderamiento que son, ponen un mayor énfasis en la organización comunitaria, en el desarrollo de un liderazgo conjunto, y en que sus miembros sean los primeros implicados en las actividades de la coalición (Himmelman, 2001).

El trabajo cooperativo desarrollado en una *Agrupación de Desarrollo* supone la asunción (y la práctica) por parte de sus miembros de una serie de valores, actitudes, comportamientos etc., sin los cuales puede quedar comprometida la eficacia y la esencia misma de la coalición. Foster-Fishman, Berkowitz, Lounsbury, Jacobson y Allen (2001) proponen un marco comprensivo de los procesos que tienen lugar en las coaliciones comunitarias. Este modelo puede servir de referente a los procesos de mejora continua (individual y organizacional) y ser útil para la evaluación de la Agrupación Mosaico. Foster-Fishman et al. (2001) describen cuatro niveles de análisis: individual, relacional, organizacional y operativo (Figura 17.2).

El nivel individual se refiere a *habilidades y conocimientos, motivaciones y actitudes, y activación* de las competencias individuales; el segundo implica la necesidad de establecer unas *relaciones internas y externas* positivas (clima cohesivo, de confianza, visión compartida, valorar la diversidad, etc.); en el nivel organizacional se tienen en cuenta aspectos como el *liderazgo efectivo*, la asignación y asunción de *responsabilidades y roles*, un *sistema de comunicación eficiente*, una *orientación hacia la mejora permanente*, etc. Por último, el nivel operativo se refiere a las necesarias competencias para orientar el diseño e implementación de programas.

FIGURA 17.2. MODELO COMPRENSIVO DE LAS COALICIONES COMUNITARIAS (Foster-Fishman *et al.*, 2001)

4.2. Descripción de la Agrupación Mosaico

El Proyecto Equal-Arena fue diseñado e implementado por la *Agrupación de Desarrollo Mosaico*, asociación sin ánimo de lucro y que por sus características funcionales es una agrupación de carácter geográfico (zona rural) adscrita a la lucha contra el racismo dentro del Área Temática sobre Empleabilidad. Mosaico está formada por veinte entidades andaluzas de distinta naturaleza jurídica y social: tres organismos de la Junta de Andalucía, nueve Corporaciones Locales de Almería, Cádiz y Huelva, dos Universidades y distintas Asociaciones (una constituida por inmigrantes, otra por autóctonos que prestan atención a inmigrantes, dos sindicatos y una agrupación de empresarios de la zona).

Desde la perspectiva de la evaluación, Mosaico se planteó dos objetivos organizacionales: en primer lugar, lograr un efectivo seguimiento y control de las actividades del Proyecto Equal-Arena a través de encuentros periódicos de los responsables de las distintas entidades, y mejorar la formación de sus miembros a través de la realización una serie de talleres.

4.3. Objetivos de evaluación

A tenor de la descripción realizada de las características de Mosaico y del conjunto de sus actividades organizacionales, se formulan los siguientes objetivos de evaluación:

1. Descripción de las actividades de seguimiento, coordinación y formación que ha llevado a cabo la Agrupación.

2. Grado de satisfacción de los miembros de la Agrupación con las actividades de coordinación y formación.
3. Evaluación organizacional: como coalición comunitaria que es, se evaluará la percepción de sus miembros respecto de factores personales, relacionales y organizativos que favorecen el trabajo cooperativo de acuerdo con el modelo de Foster-Fishman *et al.* (2001).

4.4. Metodología

En la obtención de los datos de evaluación han participado los representantes de cada una de las entidades que componen la Agrupación Mosaico y se han empleado dos fuentes de información: documentos de diversa índole y procedencia, directa o indirectamente relacionados con la Agrupación Mosaico, y cuestionarios elaborados *ad hoc* por el equipo de evaluación. Dada la limitación de este trabajo sólo nos referiremos al tercer objetivo de evaluación que nos parece el más relevante desde una perspectiva psicosocial.

Siguiendo las propuestas de Foster-Fishman *et al.* (2001), se construyó un cuestionario de 29 ítems para evaluar la percepción de los miembros de Mosaico en relación a los procesos psicosociales que se dan en el seno de una coalición comunitaria:

1. *Desarrollo de la competencia personal de los miembros de Mosaico*: habilidades para trabajar con otros, elaborar productos eficaces, aprender a funcionar eficazmente, conocimiento de la problemática laboral de los inmigrantes, tener un punto de vista compartido, incorporar la diversidad como valor, etc.
2. *Relaciones sociales de los miembros y de la Agrupación*: relaciones interpersonales y relaciones externas con elementos significativos de la sociedad relacionados con la problemática de la inmigración, etc.
3. *Capacidad organizacional*: liderazgo positivo en la agrupación, establecimiento de procedimientos eficientes, nivel de comunicación intragrupal, valoración del costo de los recursos para la intervención, orientación hacia la mejora continua, etc.
4. *Percepción de los miembros de Mosaico sobre el Proyecto Equal-Arena*: claridad de metas y objetivos, grado de diferenciación con otros programas de la entidad a la que pertenecía el sujeto, y nivel de coordinación con otros recursos comunitarios dirigidos a inmigrantes

Se elaboraron dos formas paralelas (*A* y *B*) del cuestionario que se aplicaron, respectivamente, al comienzo y a la finalización de las actividades desplegadas por Mosaico. La forma *B* recogía la percepción subjetiva de mejora en los distintos ítems como consecuencia del trabajo cooperativo desarrollado durante los dos años de participación en la Agrupación. Los ítems se estructuraron en una escala Likert de 1 a 5 en función del grado de acuerdo con cada uno de ellos. Se han calculado los coeficientes de fiabilidad de la escala con los datos del pretest ($\alpha = 0,935$), del postest ($\alpha = 0,9933$), y para la totalidad de los cuestionarios ($\alpha = 0,989$), y reflejan una elevada consistencia de los resultados de la Escala.

4.5. Resultados, discusión y conclusiones

Aunque como ya se ha indicado se evaluaron otros aspectos del funcionamiento de la Agrupación Mosaico, en este apartado sólo se hace hincapié en los factores psicosociales que favorece el trabajo de Mosaico para el logro de sus metas; es decir, en el análisis del dinamismo de sus miembros y de su capacidad para comprometerse conjuntamente en la consecución de unos objetivos previamente consensuados. Del análisis del conjunto de los resultados obtenidos en los cuestionarios (*A* y *B*) podemos señalar que:

1. La percepción inicial (octubre 2002) de los miembros de la coalición en relación a sus expectativas para el trabajo colaborativo era, en general, positiva, ya que las medias en cada uno de los ítems del

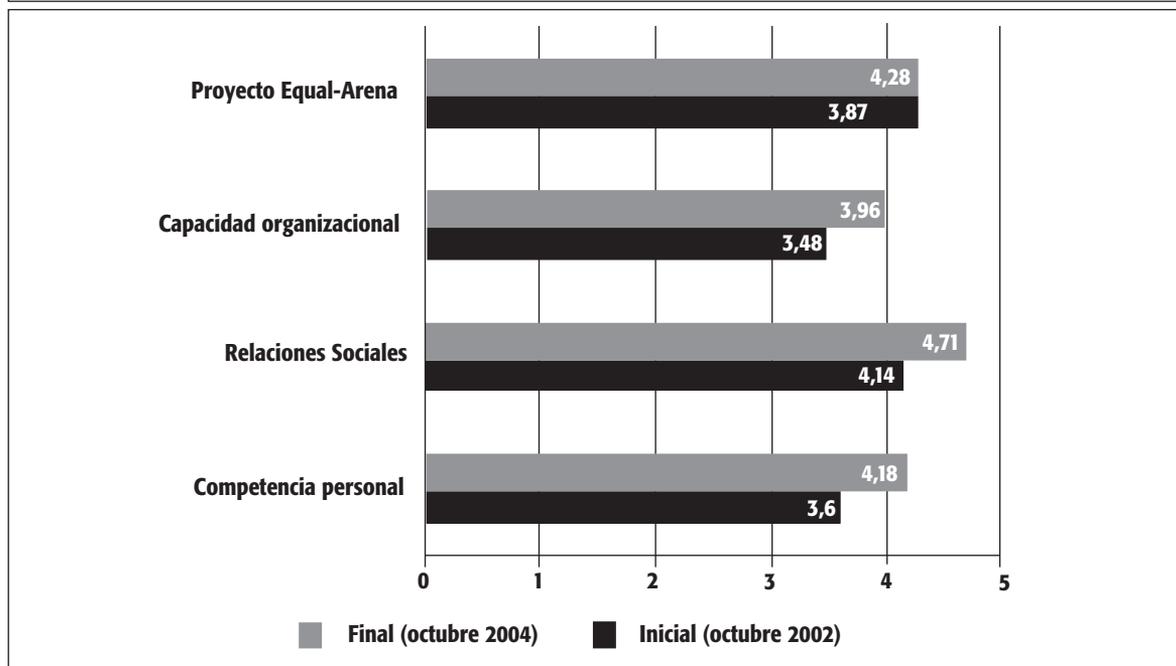
cuestionario se sitúan en valores por encima de 3 en casi todos los ítems de la escala. Estos resultados pueden explicarse porque muchos de los miembros de la coalición ya habían trabajado conjuntamente en programas europeos anteriores, aunque con formato organizativo diferente.

2. En la valoración inicial los ítems con medias más elevadas fueron aquellos que evaluaron el interés común por la problemática de los inmigrantes (4,00), las expectativas de una colaboración fructífera tanto en la agrupación (3,86) como con las organizaciones sociales a las que pertenecían cada uno de ellos (4,00). Por el contrario, el ítem con una media inferior (2,90) fue el referido a compartir metas y soluciones en relación a la problemática de los inmigrantes.
3. La percepción final (octubre 2004) de los miembros de Mosaico sobre los distintos componentes del trabajo cooperativo fue muy positiva, ya que el 53,84 por ciento de los ítems se situó con valores de 4 o por encima de él, y en el resto la media no bajó de 3,66 puntos.
4. Destacan las medias de los ítems relacionados con el compromiso con las necesidades de los inmigrantes (4,40), el respeto a las diversas perspectivas de los miembros de la coalición (4,40), el apoyo a la participación de los miembros (4,40), el logro de metas comunes (4,27) y la mejora en la definición de objetivos programáticos (4,33).

Estos resultados son concordantes con los obtenidos en las valoraciones realizadas con las otras fuentes de información utilizadas y que no se recogen en este capítulo (Martínez, García y Martínez, 2005): percepción muy positiva de la coalición y satisfacción con las actividades realizadas. Pero quizás lo que mayor interés tiene en el análisis de los resultados es comprobar que de octubre de 2002 a octubre de 2004 se producen variaciones positivas en las medias de las percepciones de los miembros de Mosaico en todos los ítems de la escala, y que en 13 de ellos estas medias son estadísticamente significativas. Estas variaciones se muestran también cuando agrupamos (Figura 17.3) los resultados de los 29 ítems de la Escala en los cuatro factores de evaluación ya referidos. Las diferencias de medias encontradas no son estadísticamente significativas, pero muestran una tendencia al alza en cada uno de ellos: mejora personal para trabajar en equipo (3,60 vs 4,18), mejora de las relaciones interpersonales y comunitarias (4,14 vs 4,71), mejora en la capacidad organizacional (3,48 vs 3,96) y mejora en la gestión del Proyecto Equal-Arena (3,87 vs 4,28). En estudios posteriores se afinará el instrumento de medida utilizado para constatar con mayor nitidez los procesos de mejora producidos.

Si completamos este sintético análisis de resultados con los realizados a partir de los otros instrumentos empleados para la evaluación de la Coalición Mosaico (Martínez, García y Martínez, 2005), se puede decir que a lo largo del período de vigencia del Programa y como consecuencia del trabajo cooperativo desarrollado, Mosaico se ha ido configurando y madurando como coalición comunitaria. Ello se ha manifestado a través de cambios en la percepción de sus miembros en relación a los siguientes procesos psicosociales:

1. Conocimiento mutuo de sus miembros, del intercambio de opiniones e información, y de la elaboración de soluciones a los problemas de manera conjunta y consensuada (Berkowitz y Wolf, 2000).
2. Percepción personal sobre la capacidad organizacional de Mosaico en relación a la implementación de proyectos sociales (Himmelman, 2001).
3. Empoderamiento comunitario, entendido como los esfuerzos para mejorar la comunidad, responder a las amenazas a la calidad de vida y proveer oportunidades para la participación comunitaria (Zimmerman, 2001).
4. Sentido psicológico de comunidad, en el sentido descrito por Chavis y Wandersman, (1990): sentido de pertenencia, integración, satisfacción de necesidades y compartir emociones.
5. Compromiso de sus miembros en la vida comunitaria. El desarrollo y/o consolidación de las redes sociales de apoyo entre los miembros de la coalición implican un incremento del capital social, favoreciendo las normas de reciprocidad en la comunidad (Wolff, 2001).

FIGURA 17.3. VALORES MEDIOS DE LOS ÍTEMS AGRUPADOS POR PROCESOS PSICOSOCIALES

Consonante con lo anterior, los sujetos percibieron como negativo el que no se hubieran realizado un mayor número de actividades grupales encaminadas a mejorar su formación en el ámbito de la problemática sociolaboral de los inmigrantes, las Iniciativas Comunitarias Europeas, o las técnicas del trabajo cooperativo.

Se puede concluir, por tanto, que de acuerdo con los principios de Equal, el organizar a individuos y grupos sociales en torno a una meta común y ponerlos a trabajar juntos para lograrla puede ser una estrategia eficaz de optimizar los recursos comunitarios y aplicarlos a la resolución de problemas sociales. El valor añadido de esta estrategia —que se plasma en la Agrupación de Desarrollo— es que va más allá de la capacidad individual de las personas u organizaciones que la componen (Cohen, Baer y Satterwhite, 1991).

5. SERVICIOS DE ATENCIÓN A INMIGRANTES EN EL NIVEL COMUNITARIO

5.1. Marco Teórico

La inmigración es un proceso de transición ecológica que se incluye dentro de los acontecimientos vitales no normativos que necesitan un mayor reajuste en todos los ámbitos de la vida (Jerusalem y Kleine, 1991). Las barreras que deben superar en la sociedad receptora suelen colocar a los inmigrantes ante una situación de mayor vulnerabilidad como consecuencia de los sentimientos de pérdida de identidad y de impredecibilidad del entorno, confusión respecto al propio rol, desarraigo cultural, sentimiento de ser rechazado por la población de acogida, etc. (Berry, 1997).

El desconocimiento del idioma, los escasos vínculos de apoyo social y la ausencia de trabajo o alta precariedad del mismo, son importantes fuentes potenciales de estrés entre los inmigrantes (Martínez, García y Maya, 2001), sobre todo si se tiene en cuenta que la mayoría son inmigrantes económicos. De la ausencia de trabajo se derivan otra serie de estresores secundarios relacionados tanto con la documentación necesaria para legalizar la estancia en el nuevo país, como los ligados al área económica: no disponer de suficiente dinero para necesidades como la comida, ropa y transporte, o no disponer de un lugar apropiado para vivir.

En consecuencia, desde una perspectiva interventiva el estrés en el proceso migratorio se relaciona básicamente con dos tipos de fenómenos: con las demandas ambientales que ponen al individuo en situaciones problemáticas o en contextos donde las expectativas conductuales no son claras, y con la carencia o escasez de recursos psicológicos y sociales para responder a dichas demandas. Una adecuada planificación de la intervención deberá incidir en que la sociedad de acogida proporcione a los inmigrantes no sólo la posibilidad de disponer de recursos personales para reconstruir su red social de apoyo, sino también recursos formales para la satisfacción de las necesidades personales y las vinculadas al proyecto migratorio.

5.2. Descripción de las Actividades

Las actividades que se han diseñado en el Proyecto Equal-Arena en el ámbito comunitario van destinadas a eliminar y/o amortiguar los efectos negativos de algunos de los factores potencialmente estresantes del proceso migratorio antes descrito.

Uno de los cambios contextuales realizados en el ámbito municipal consistió en la incorporación de la mediación intercultural en los servicios de atención al inmigrante. En concreto, se crea un *Servicio de Recepción* en cada municipio de referencia del Proyecto, gestionado por profesionales con experiencia y formación en mediación intercultural. Una segunda actividad consistió en incorporar la *mediación intercultural* en los servicios de orientación para el empleo que ya existían en las entidades locales. Estos últimos servicios estaban vinculados a diversos programas específicos para la promoción y la inserción en el mercado laboral dirigidos a la población general.

De acuerdo con filosofía de trabajo que caracteriza a las Agrupaciones de Desarrollo, el perfil de funciones a desempeñar por los técnicos de ambos servicios se diseñó entre todos los implicados a través de sendos grupos de discusión y en el marco de la coalición Mosaico. Algunas de estas funciones fueron: a) *Servicio de Recepción*: información y orientación general dirigido a facilitar el acceso a los recursos del entorno, acompañamiento y traducción/interpretación lingüística, apoyo personal al/a la usuario, apoyo a las clases de lengua y cultura, etc., y b) *Servicio de Orientación laboral*: asesoramiento sobre posibles itinerarios de inserción, formación en técnicas de demandas de empleo, mediación en conflictos con empresarios, ayuda a mejorar la competencia cultural del orientador, contactar con empresarios de la zona, etc.

5.3. Objetivos de evaluación

Como en las demás acciones de Proyecto, los objetivos de evaluación de estas actividades fueron negociados en el ámbito de la agrupación de desarrollo Mosaico. Conviene recordar que en esta agrupación estaban representadas la administración autonómica y municipal, los empresarios y sindicatos, las organizaciones sociales pro-inmigrantes, y la propia población diana a través de la Plataforma de Inmigrantes. Los objetivos de evaluación que se consensuaron fueron los dos siguientes:

1. *Referido a los usuarios de los servicios*: describir las características sociodemográficas de los inmigrantes que acuden a los servicios de recepción y orientación laboral, las demandas realizadas en los mismos, la respuesta que reciben de dichos servicios y la satisfacción con la atención recibida. Una vez finalizadas las actividades del Proyecto, valorar el grado de integración comunitaria en inmigrantes que hayan

participado en las mismas. Este objetivo se cubriría a través de un estudio con presupuesto independiente y en la actualidad se encuentra en la fase de trabajo de campo.

2. *Referido a los mediadores interculturales responsables de los servicios de recepción y orientación laboral:* autovaloración y satisfacción con las actividades realizadas por los mediadores interculturales, y de los servicios de recepción y orientación laboral como recursos para la integración comunitaria de los inmigrantes.

5.4. Metodología: indicadores de evaluación

Definidos los objetivos, el equipo de evaluación, tras la oportuna revisión de la literatura correspondiente, propuso a los mediadores interculturales responsables de los servicios un listado de indicadores de evaluación así como el procedimiento para obtener los datos. Tras la correspondiente negociación, se establecieron como definitivos los indicadores que se recogen en la Cuadro 17.2.

CUADRO 17.2. INDICADORES Y FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE RECEPCIÓN Y ORIENTACIÓN LABORAL	
INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN
Objetivo 1: describir las características socio-demográficas de los inmigrantes, demandas realizadas, atención recibida y satisfacción con la misma.	
<p>Indicadores de realización y resultados</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Número de usuarios por servicio. 2. Perfil socio-demográfico de los usuarios. 3. Tipología de demandas realizadas. 4. Tipo de intervención realizada por el mediador. 5. Grado de satisfacción de los inmigrantes. 	<p><i>Entrevistas periódicas con los mediadores.</i> <i>Ficha síntesis de actividades.</i> <i>Explotación de base de datos de los servicios.</i> <i>Escala de satisfacción del usuario con la atención recibida.</i></p>
<p>Indicadores de impacto:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Indicadores subjetivos de adaptación: <ul style="list-style-type: none"> - sentido psicológico de comunidad. - ocurrencia de síntomas depresivos. b) Indicadores objetivos de adaptación. <ul style="list-style-type: none"> - grado de integración y participación comunitaria. - competencia lingüística. - status laboral. c) Otros indicadores psicosociales. <ul style="list-style-type: none"> - redes de apoyo social. - estrés por aculturación. - estrategias de aculturación. - percepción de discriminación individual/grupal. 	<p><i>Cuestionario sobre características sociodemográficas.</i> <i>Escala de sentido psicológico de comunidad.</i> <i>Cuestionario para el estudio epidemiológico de la depresión.</i> <i>Escala de competencia lingüística.</i> <i>Escala de integración y participación comunitaria.</i> <i>Escala de estrés aculturativo.</i> <i>Cuestionario sobre percepción individual y grupal de prejuicios.</i> <i>Entrevista semiestructurada de Apoyo Social.</i></p>
Objetivo 2: autovaloración y satisfacción con las actividades realizadas por los mediadores interculturales y de los servicios de recepción y orientación laboral como recursos para la integración comunitaria de los inmigrantes.	
<p>Indicadores de realización y resultados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grado satisfacción laboral de los mediadores. 2. Listado y valoración de las tareas realizadas por los mediadores. 3. Listado de fortalezas de los servicios. 4. Listado de debilidades de los servicios. 5. Listado de elementos para mejorar los servicios. 	<p><i>Escala de satisfacción laboral de los mediadores.</i> <i>Escala de autovaloración de las actividades desarrolladas por el mediador.</i> <i>Análisis DAFO con los mediadores de los servicios.</i></p>

5.4.1. Fuentes de información

Como se indica en la Cuadro 17.2, los datos referentes a los indicadores de realización se obtuvieron a través de entrevistas periódicas con los mediadores y del análisis de una *ficha síntesis de actividades*: atención realizada a los usuarios, puntos fuertes y débiles de la actividad, aspectos organizativos, propuestas de mejora, etc. La satisfacción de los usuarios se midió a través de un cuestionario de 19 ítems elaborado *ad hoc* que adopta la forma de una escala tipo Likert (1-10). Se tradujo al árabe, al francés y al rumano, por ser las lenguas más frecuentes de los inmigrantes en las áreas geográficas de implantación del Proyecto. Las dimensiones evaluadas fueron: *a) la adecuación de la intervención*: grado en que el usuario percibe que la atención recibida por los mediadores ha sido correcta, adecuada a la demanda y suficiente para atender las necesidades planteadas; *b) la accesibilidad del servicio*, tanto en relación al conocimiento del mismo por parte de los inmigrantes (ubicación, actividades que desarrolla, horario compatibilidad con el trabajo, etc.), como a las barreras ante un contexto multicultural, y *c) la integración y coordinación* con otros servicios comunitarios y complejidad de los trámites necesarios para su utilización. El valor de los *coeficientes de fiabilidad* calculado ($\alpha = 0,8177$) indica una elevada consistencia de los resultados obtenidos en la escala.

En la evaluación de las diversas funciones desarrolladas por los mediadores en los distintos servicios se elaboró un cuestionario en el que a través de una escala tipo Likert se recogió información sobre la frecuencia percibida de las distintas tareas desarrolladas respecto del perfil de funciones ya referenciado, y sobre la percepción de claridad y nivel de ejecución del rol de mediador. Los coeficientes Alpha obtenidos fueron de 0,64 para el Servicio de Orientación y 0,94 en el Servicio de Recepción.

El último cuestionario utilizado se refiere a la evaluación de los factores que determinan la satisfacción laboral de los mediadores. Para ello se adaptó el cuestionario sobre satisfacción laboral *Job Satisfaction Scale* de Warr, Cook y Wall (1979). Se incluyeron los factores referidos a las condiciones físicas de su trabajo, relación con los compañeros, autonomía en la toma de decisiones, promoción personal, grado de monotonía, horarios, salario, etc. Se obtuvo igualmente un coeficiente de fiabilidad estadísticamente significativo ($\alpha = 0,93$).

Para la valoración cualitativa de los servicios por parte de los profesionales se realizó un análisis DAFO en dos *grupos nominales*: con los mediadores interculturales de los servicios de recepción y con los mediadores de servicios de orientación laboral de los municipios. Se analizaron las fortalezas y debilidades de la mediación intercultural en el proceso de integración sociolaboral de los inmigrantes en el contexto comunitario, y las propuestas de mejoras organizacionales. Tras la discusión y definición de las propuestas oportunas, se procedió a puntuar cada una de ellas en función de la importancia percibida. Al finalizar los grupos se pasaron los cuestionarios descritos en párrafos anteriores sobre funciones, ejecución de roles y satisfacción laboral.

5.4.2. Participantes

Los participantes en la obtención de los datos de evaluación de estas medidas del Programa han sido los miembros de la Unidad Técnica del Proyecto, los responsables de los servicios y los profesionales contratados por las distintas entidades locales, y una muestra aleatoria de usuarios atendidos en las corporaciones locales. Estos inmigrantes cumplieron el cuestionario de satisfacción antes descrito, para lo que se entrenó a encuestadores étnicos en cada municipio que seleccionaban y, en su caso, ayudaban a los usuarios a cumplimentar los impresos. Los encuestados tenían que firmar un documento de consentimiento informado de participar en el estudio. El tamaño de la submuestra en cada entidad se corresponde de manera proporcional al número de usuarios atendidos. Las características sociodemográficas de la muestra definen un grupo con un 74,9 por ciento de varones, relativamente joven (33 años de media) y sin vinculación de pareja formalizada (43,3 por ciento solteros), típico de las migraciones de tipo económico. La mayoría de los sujetos de la muestra posee estudios primarios o secundarios (68 por ciento) y los países de origen más frecuente son Marruecos (33,1 por ciento), Argelia (12,6 por ciento) y Guinea (12,0 por ciento).

5.5. Resultados y discusión

La implementación de esta medida en las diferentes áreas geográficas ha estado condicionada por las peculiaridades características de cada contexto (políticas, organizativas, sociales, geográficas, laborales, etc.), la propia experiencia y tradición en co-participar en programas europeos con otras instituciones, por la forma específica en que se presenta el fenómeno migratorio. Del mismo modo, la existencia en las distintas localidades de otros programas sociales que se desarrollaban simultáneamente (locales, autonómicos, nacionales o comunitarios) dificultó en algunos casos la adecuada implementación de las distintas actuaciones del Proyecto Equal-Arena. Por ello, la variabilidad organizativa y de prestación de servicios ha sido una característica saliente en la implementación y consolidación de los servicios de recepción y mediación laboral. De todas formas, se puede hablar de un *antes* y un *después* en relación a la atención normalizada de la población inmigrante en las entidades locales vinculada a los servicios sociales comunitarios.

A pesar de las limitaciones en la obtención de información relevante en cada una de las corporaciones locales (como consecuencia de la variabilidad antes referida), y a tenor del análisis de los datos registrados con las distintas fuentes de información empleadas, se puede concluir que durante los dos años de implementación del Programa se han atendido un número muy elevado de inmigrantes que podría situarse en torno a 20.000 en los servicios de recepción y por encima de los 6.000 en los de orientación laboral.

Como se recoge en el Cuadro 17.3, se trata de una inmigración fundamentalmente masculina (75,95 por ciento) que procede de más de 100 países de todas las regiones del mundo, aunque en su gran mayoría es marroquí (37,28 por ciento). El resto de las nacionalidades de origen varía en función del contexto considerado, y los países de origen más frecuente son los africanos, por su proximidad geográfica, y los latinoamericanos. En los municipios de Huelva destacan Rumanía, Ecuador y Argelia; en Algeciras, Senegal, Nigeria, Mali, Ecuador, Bolivia, China, etc.; y en Almería existe una mayor representatividad de países africanos: Ghana, Mali, Guinea, Argelia, Senegal, etc.

CUADRO 17.3. GÉNERO Y NACIONALIDAD DE USUARIOS/AS ATENDIDOS/AS

	Servicio Recepción		Servicio Orientación		Total	
	F	%	F	%	F	%
Hombre	15.128	75,91	4.814	76,06	19.942	75,95
Mujer	4.801	24,09	1.515	23,94	6.316	24,05
Marroquí	7.736	38,81	2.175	34,36	9.911	37,28
Otros	12.193	61,19	4.154	75,64	16.347	62,72
Total	19.929		6.329		26.258	

Como inmigración económica, es relativamente joven (33 años de media) y sin vinculación de pareja formalizada ya que cerca del 50 por ciento están solteros. Se observa un porcentaje relativamente alto de inmigrantes no asentados y vinculados a la temporalidad de las campañas agrícolas, lo que determina que la reagrupación familiar no se haya producido todavía. En cuanto a la formación académica la mayoría posee estudios primarios o secundarios (68 por ciento), estudiando una media de 8 años.

Debido al tipo de tareas que desarrollan, o esperan desarrollar en Andalucía, cerca de un 40 por ciento de los usuarios encuestados de los servicios de mediación son temporeros. Esto se corresponde igualmente con su cualificación profesional, ya que un 57 por ciento de los sujetos o no tiene ninguna o se centra en la agricultura.

Las principales demandas expresadas por los inmigrantes en los servicios comunitarios se recogen en el Cuadro 17.4, y se corresponden con aquellos recursos para la satisfacción de las necesidades de supervivencia

y seguridad, así como los vinculados al proyecto migratorio. Estos resultados son concordantes con otros trabajos sobre evaluación de necesidades y recursos en población inmigrante como los de Paterna (1994) con un análisis psicosocial de los inmigrantes residentes en Murcia, Martínez et al. (1996) en una muestra de 600 inmigrantes africanos residentes en Andalucía, o el trabajo más reciente de Reboloso y Hernández (2003), sobre los problemas percibidos por inmigrantes en Almería.

CUADRO 17.4. PRINCIPALES DEMANDAS REALIZADAS POR LOS INMIGRANTES

Servicio de Recepción	Servicio de Orientación Laboral
1. Vivienda.	1. Empleo.
2. Documentación.	2. Información prestaciones de Seguridad Social.
3. Información jurídica.	3. Información sobre las prestaciones INEM.
4. Alimentación.	4. Información sobre homologación de títulos y convalidación.
5. Prestaciones sociales.	5. Mediación laboral.
6. Sistema educativo.	6. Información sobre cursos de formación.
7. Mediación en conflictos.	7. Creación de currículum.
8. Clases de lengua y cultura.	8. Información sobre creación de empresas.
9. Educación y guardería.	9. Información funcionamiento del INEM/SAE.
10. Billetes de autobús / viajes.	10. Acompañamiento.
11. Interpretación, traducciones.	11. Información sobre el canje del permiso de conducir.
12. Otras.	12. Otras.

En respuesta a las demandas anteriores, las principales actuaciones que desarrollaron los profesionales de los servicios se recogen en el Cuadro 17.5 y, como se puede constatar, fueron muy variadas y se enmarcaron en el nivel individual, grupal y comunitario. Tanto demandas como actuaciones no se distribuyeron homogéneamente durante el período de implementación del Proyecto sino que tuvieron una gran variabilidad (cuantitativa y cualitativa) en función de la temporalidad del trabajo agrícola y de las características de cada zona geográfica. Ello determinó períodos de un importante crecimiento de la carga de trabajo para los profesionales lo que se tradujo en una menor calidad de la atención.

En Almería, el trabajo agrícola es más estable y algunas corporaciones tenían una mayor experiencia en la implementación de programas europeos para inmigrantes. En Huelva, la campaña agrícola de la fresa marca el impacto de esta población sobre la comunidad. En Algeciras, dada su ubicación geográfica tan crítica, se presentan una serie de problemas derivados del gran número de inmigrantes que llegan en las *pateras*. La mayoría de ellos son prendidos por la policía y una vez tramitados sus expedientes de expulsión son liberados. Es en este momento cuando, con independencia de la hora, se realiza una intervención en crisis por parte del servicio.

Por su parte, el grado de satisfacción de los inmigrantes con las actuaciones recibidas es una de las dimensiones más relevantes cuando se valora la calidad de los sistemas de servicios, y en particular los de orientación (Steenbarger y Smith, 1996). El nivel alcanzado en este factor ha sido bastante alto a tenor de los resultados obtenidos en ambos cuestionarios: se han obtenido puntuaciones por encima de siete puntos (en una escala de 1 a 10) en casi todos los ítems. La valoración global que se hace de los mismos alcanza un promedio de 8,47, y la mayoría de las respuestas en casi todos los ítems se sitúan entre 8 y 10 puntos de la escala. Ello nos permite concluir que la mediación intercultural en el contexto comunitario: a) se adecua a los referentes teóricos ya reseñados; b) responde a la planificación realizada de la actividad, y c) su implementación se ajusta a las necesidades

CUADRO 17.5. PRINCIPALES DEMANDAS REALIZADAS POR LOS INMIGRANTES

Servicio de Recepción	Servicio de Orientación
1. Acompañamiento.	1. Derivación a recursos socio laborales.
2. Pasaporte/Permiso de Residencia/ de Trabajo.	2. Información sobre el mercado laboral.
3. Empadronamiento y renovación, documentos.	3. Acompañamiento a entidades públicas y privadas.
4. Información/inscripción Cursos Lengua y Cultura.	4. Mediación empresarios, sindicatos, administración.
5. Cartilla de Atención Sanitaria.	5. Asesoramiento laboral y de la Seguridad Social.
6. Información sobre normativas.	6. Elaboración de currículum.
7. Traducción/Interpretación.	7. Interpretación/traducción lingüística.
8. Vivienda: contrato, alquiler, oferta pública, etc.	8. Contacto con empresas para empleo.
9. Recursos colectivos públicos (piso acogida, etc.).	9. Contacto con trabajadores para empleo.
10. Informes de vivienda.	10. Elaboración de un plan personal para empleo.
11. Información Asociaciones/ONGs.	11. Gestión de documentos.
12. Información Servicios Educativos/Culturales.	12. Autoempleo, proyectos empresariales.
13. Información Servicios para Mujeres.	13. Información INEM, desempleo, etc.
14. Información Servicios Sanitarios.	14. Itinerarios de empleo.
15. Información Servicios Sociales.	15. Coordinación otras entidades.
16. Otras.	16. Otras.

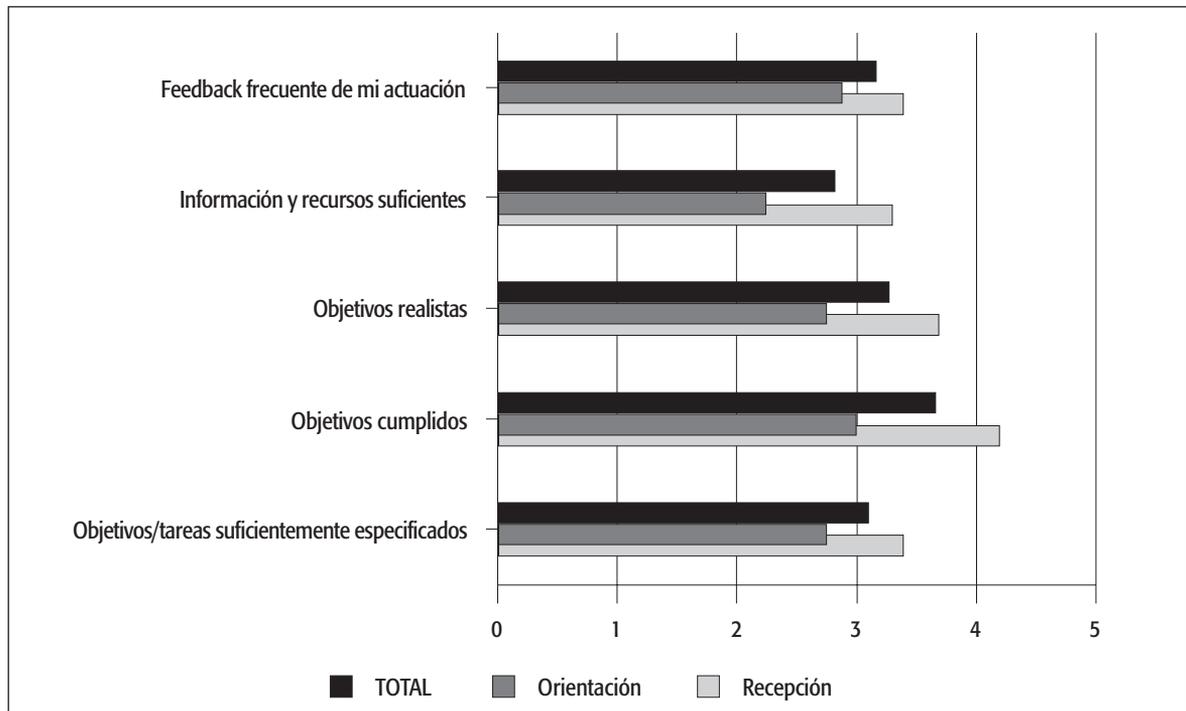
percibidas y las demandas realizadas por los inmigrantes. En general están integrados y coordinados con otros servicios locales y son accesibles a la población diana no sólo por el conocimiento mismo del servicio y sus actividades, sino también por la comunicación que se establece con sus profesionales. Como elementos menos positivos aparecen el horario de los mismos y el conocimiento del idioma del usuario por parte del profesional.

En relación al ajuste y ejecución de roles de los mediadores interculturales, el análisis de datos realizado indica que el perfil de funciones que se estableció al comienzo del Proyecto fue realista y adecuado al puesto de trabajo y, si lo combinamos con el alto nivel de satisfacción de los usuarios, respondía a las necesidades de la población diana. Las metodologías participativas aplicadas a la toma de decisiones en la intervención social suelen mejorar la eficacia y eficiencia de los proyectos al tener en cuenta las distintas perspectivas de todos los grupos implicados.

En los servicios de recepción, las tareas percibidas como más frecuentes por parte de los mediadores tienen que ver fundamentalmente con la esencia misma de este tipo de servicio, que ayuda al inmigrante a una primera ubicación perceptiva en el contexto comunitario (CRID, 2001), y con la información sobre los recursos existentes en dicho contexto y sobre el acceso cómo acceder a ellos. Destacan en estas tareas las actividades relacionadas con los cursos de lengua y cultura por constituir una actuación específica del Proyecto. Estas tareas ayudan al inmigrante a amortiguar, en una primera fase de su asentamiento, los efectos negativos del choque cultural y del desconocimiento del medio al que debe adaptarse con rapidez (Martínez, García y Martínez, 2004). Implican el establecimiento de un primer contacto positivo, generalmente con otra persona inmigrante que ya ha pasado esa experiencia y que es capaz de entender sus miedos y la confusión en la que se encuentra en esos momentos. Al apoyo emocional implícito en estas tareas se une el apoyo estratégico que se concreta en aportar información útil al emigrante sobre los distintos servicios y recursos, así como de claves para una mejor predictibilidad del entorno (Martínez, García y Maya, 2002).

Del mismo modo los mediadores manifiestan adecuación de su trabajo a la realidad social sobre las que tenían que intervenir, y en menor medida han percibido disponibilidad de los recursos y el apoyo suficiente para la obtención de sus objetivos profesionales. También se han constatado diferencias de valoración entre los mediadores de los servicios de recepción y los de orientación laboral (Figura 17.4). Los primeros puntúan más alto en todos los ítems de la escala, lo que podría explicarse teniendo en cuenta la mayor independencia de estos servicios en relación a la mediación laboral que se imbricaba con otros programas de las entidades. De todas formas las diferencias estadísticamente significativas sólo se dan en relación con la percepción sobre el cumplimiento de objetivos ($F = 10,667$; $ALPHA = 0,005$; G.L. 1, 16).

FIGURA 17.4. AUTOVALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA POR LOS MEDIADORES INTERCULTURALES (SERVICIOS DE RECEPCIÓN Y ORIENTACIÓN)



Por último, los resultados de la escala de satisfacción laboral ponen de manifiesto un nivel medio-alto de satisfacción en los distintos factores incluidos en la misma. Si bien se han producido puntuaciones correspondientes al límite inferior del intervalo de la escala, en casi todos los ítems los valores medios se mueven en una horquilla de 3,44 a 5,44. Si las oportunidades de promoción y el estilo de dirección recibido son los factores peor valorados, los compañeros, la jornada laboral, la responsabilidad, el salario y la variedad de tarea son, por el contrario, los ítems que superan los 5 puntos de valor medio.

5.6. Conclusiones

Si unimos a los resultados anteriores los obtenidos en el análisis DAFO que se efectuó a la finalización del Proyecto, podemos resumida y razonablemente concluir:

1. En el marco de las políticas públicas de atención a la inmigración y de acuerdo con los principios directores de la Iniciativa Comunitaria Equal, los servicios de recepción han supuesto una experiencia innovadora en la normalización de la atención a los inmigrantes allí donde más se necesita, el contexto local-comunitario. Por su parte, la mediación intercultural en la orientación laboral es una consecuencia de las lecciones aprendidas en los programas anteriores, Horizon e Integra, sobre inserción laboral de inmigrantes (Martínez, García y Maya, 2000; García, Martínez y Santolaya, 2002).
2. Estos servicios se han convertido en un referente de primer orden para disponer de un conocimiento preciso de la realidad del colectivo inmigrante cuya presencia en el ámbito municipal tiene una gran variabilidad sujeta sobre todo a la temporalización de las campañas agrícolas. Juegan de esta forma un papel esencial como centros de detección e investigación de carencias y necesidades de los inmigrantes, así como referentes de los servicios comunitarios para atender esas necesidades. Han servido para que la población de acogida y la propia administración local visualice a este colectivo como usuarios de servicios públicos, y han actuado como una efectiva interfaz al facilitar la comunicación con otros recursos comunitarios, previniendo conflictos derivados de la diversidad cultural.
3. La incorporación de la mediación intercultural en estos servicios ha favorecido la integración social de los inmigrantes a través de una mayor percepción de control y predictibilidad del ambiente lo que reduce la probabilidad del estrés por choque cultural (Scott y Scott, 1989), y han favorecido la inserción en el mercado de trabajo, objetivo último en toda migración económica (Fontaine y Hamond, 1994). En esta última faceta, hay que destacar como más relevante la labor de sensibilización realizada por los profesionales con el mundo empresarial de la zona. Ello ha posibilitado el establecimiento de cauces normalizados en la búsqueda de empleo por parte de los inmigrantes y el restablecimiento de la comunicación entre los usuarios de estos servicios y el sector empresarial.
4. Otro aspecto importante es que estos servicios se han dotado de profesionales competentes en materia cultural, es decir, profesionales con conciencia cultural y valoración positiva de la diversidad, con conocimiento de los elementos significativos de otras culturas, con habilidades para el contacto cultural, y con un enfoque de la orientación personal y/o laboral desde una perspectiva multicultural (Holcomb-McCoy y Myers, 1999; Constantine, 1997). Como valor añadido destacamos también la amplia gama de información y asesoramiento realizado a otros profesionales de la orientación laboral o de los servicios comunitarios municipales en materia de relaciones interculturales; ello ha determinado un aumento de la concienciación de aquellos en materia de inmigración y sensibilidad cultural.
5. A tenor de lo referido hasta ahora, es unánime la opinión entre profesionales y equipo de evaluación sobre la necesidad de continuar en el futuro con las actividades de mediación tanto en los servicios de recepción como en el proceso de orientación laboral de los inmigrantes. Es decir, se propone la transferencia de las buenas prácticas constatadas a las políticas municipales de atención al inmigrante.

De continuar el servicio de mediación se debería dar mayor estabilidad a los profesionales, definir más operativamente la figura del mediador (para no confundirla con un mero traductor), dotarlo de más recursos materiales (por ejemplo, un buen sistema de registro), mejorar su formación e incrementar su actividad en el contexto comunitario a costa del trabajo exclusivamente en los despachos. Como elementos a mantener, los profesionales piensan que ha sido muy positiva y de calidad la forma de interactuar con los usuarios (novedosa respecto a situaciones previas), lo que ha dado lugar a reforzadores sociales por parte de los inmigrantes atendidos: agradecimiento y reconocimiento explícito. También se destaca que lo anterior ha sido posible gracias al amplio rango de libertad de actuación profesional y el excelente clima laboral del que han disfrutado.

6. PREVENCIÓN DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN LA MUJER INMIGRANTE

6.1. Inmigración femenina y exclusión social

La feminización de la inmigración es un hecho que se viene constatando en los últimos años cada vez con mayor rapidez e intensidad. El colectivo femenino ya no es sólo parte de la migración conjunta o derivada de la reagrupación familiar, sino que muchas mujeres inician un proyecto migratorio económico, empleándose en sectores reproductivos de baja cualificación (servicio doméstico, hostelería etc.).

Si bien el colectivo de mujeres inmigrantes está constituido por una pluralidad de realidades bien distintas, se puede afirmar que las mujeres extranjeras sufren como grupo una doble discriminación: en relación a la sociedad de acogida por el hecho de ser inmigrante, y en el propio colectivo de inmigrantes por el hecho de ser mujer. Esta posición de desventaja en la que se sitúa este colectivo en cada uno de los sistemas sociales determina su desigualdad en el acceso a los recursos y la capacidad para decidir sobre su propia vida y la de los suyos. Siguiendo a Gregorio (1998) los mecanismos más significativos de exclusión son los de corte *político*, fundamentados en el Estado Nación que hace que se produzca una separación entre los ciudadanos/as de pleno derecho y los que no lo son; los *identitarios*, que hace a los inmigrantes sentirse diferentes a la mayoría; los *culturales e institucional normativos*, que interioriza valores, prejuicios y estereotipos hacia otras culturas; los *socioeconómicos*: sistema de estratificación en función del acceso a los recursos, y los *sociales* que producen desigualdades entre hombres y mujeres sustentadas en la construcción cultural del género.

Como en toda situación de opresión, la mujer inmigrante carece o tiene disminuido su acceso a su autonomía y crecimiento personal, a los recursos para la satisfacción de necesidades, y a los cauces participativos para poder intervenir en la agenda social (Nelson y Pilleltsky, 2005). El corolario de esta situación es la exclusión social de las mujeres inmigrantes, tanto en el nivel *macrosocial* (laboral, económico, institucional, cultural, contextual, etc.), como *microsocial* a través de las prácticas de los grupos mayoritarios o dominantes en virtud de las cuales los grupos minoritarios o dominados quedan fuera del alcance de la justicia y de las preocupaciones morales de la población mayoritaria (Pérez, 1996; Kronauer, 1998; Bierbrauer, 2000). Estos actos de exclusión se basan en un conjunto de percepciones sociales compartidas que pueden llegar a estar institucionalizadas y resultar invisibles. Por ello, muchas de sus víctimas las aceptan como algo inevitable. Las personas que realizan esas prácticas de exclusión consiguen distanciarse psicológicamente de las mismas gracias a las percepciones compartidas (del grupo dominante) que tienen sobre los miembros de los grupos no dominantes.

La situación de opresión y exclusión social de la mujer antes descrita puede conducir en muchas ocasiones al ejercicio de la prostitución. Este hecho se acentúa aún más en el colectivo de mujeres inmigrantes debido a una serie de factores de riesgo:

1. *Características sociales de su contexto de procedencia.* La pobreza extrema, el desempleo, la guerra, y la inestabilidad económica y política de sus países de origen son condiciones que facilitan la actividad de los traficantes a la hora de escoger regiones en las que captar a sus víctimas. Las circunstancias que rodean la llegada de estas mujeres, así como las condiciones de clandestinidad propiciadas, en parte, por la normativa legal, constituye uno de los problemas más graves que está produciendo el fenómeno del tráfico de personas a escala internacional.
2. *Características del desempeño de la propia actividad laboral.* Son muchos los factores de riesgo y estresores a los que están sometidas estas mujeres: a los relacionados con la adquisición de determinadas enfermedades; a la posibilidad de quedar embarazadas; a los vinculados a su seguridad personal y pérdida de la integridad física, especialmente aquellas mujeres que trabajan en las calles, etc. Church *et al.* (2001) encuentran que las mujeres que trabajan en la calle experimentan significativamente más violencia, especialmente física, por parte de sus clientes, que aquellas que trabajan en clubes. Y es que en

definitiva el ejercicio de la prostitución es *un hecho en sí mismo traumatizante* por todo lo que implica tanto a nivel personal, físico y psicológico, como las consecuencias sociales que conlleva.

Unas circunstancias como las descritas anteriormente para la mujer inmigrante, excluidas y en riesgo de explotación, justifican la adopción de estrategias específicas de intervención en el conjunto de las políticas sociales. Por ello, el Proyecto Equal-Arena introduce en su plan de actividades tres acciones específicas para este colectivo. La primera tiene por objeto la prevención de la explotación sexual de la mujer inmigrante a través de acciones específicas de carácter integral y comunitario; la segunda propicia, a través de un seminario temático multidisciplinar, un marco para la reflexión sobre las causas de la exclusión social en la mujer inmigrante y el diseño de estrategias efectivas de afrontamiento para su inclusión comunitaria; por último, el Proyecto contempla la variable género de manera transversal en todas las medidas y actividades del mismo. En este capítulo sólo abordaremos la primera de estas medidas.

6.2. Descripción de la Actividad

La Federación Andalucía ACOGE es una organización social pro-inmigrantes incluida en la Agrupación de Desarrollo Mosaico al objeto de implementar un subproyecto de prevención de la explotación sexual en la mujer inmigrante. Para ello definieron un perfil de la mujer inmigrante en riesgo de explotación (lo que permitiría definir al grupo diana) a través del análisis previo de la situación de las mujeres que acudían a su entidad. Tipificaron las situaciones de riesgo existentes y las necesidades a cubrir al objeto de facilitar a las mujeres su inserción social y laboral mediante actividades de acompañamiento, promoción y capacitación profesional.

Definido el perfil de riesgo y a través de la creación de tres servicios de acompañamiento (Almería, Cádiz y Huelva), la asociación desplegaría una serie de acciones encaminadas a facilitar la inserción laboral de las mujeres inmigrantes como alternativa a la explotación sexual de las mismas. Estas acciones se dirigen básicamente a potenciar su capacitación profesional, estabilidad socioeconómica y emocional, y sus redes de apoyo social.

6.3. Objetivos de la evaluación

Dada las características de esta actividad, la poca concreción de las acciones a implementar y la escasa experiencia de las personas responsables de la misma, se consensuó con la entidad responsable que la evaluación externa consistiría en una revisión guiada del proceso de implantación de las referidas acciones recogiendo las dificultades y barreras que se estaban encontrando, elaborando una descripción de la realidad actual de las mujeres inmigrantes en riesgo de explotación sexual, y realizando una nueva propuesta de intervención a partir del feedback recibido.

6.4. Metodología

Para alcanzar los objetivos de evaluación, el equipo entendió que la metodología participativa basada en las propuestas de Fetterman (2001) era la más adecuada. Para este autor la *evaluación de empowerment* es el proceso que, usando un formato de autoevaluación y reflexión, incrementa la probabilidad de que un programa alcance sus objetivos al mejorar la capacidad para planificar, implementar y evaluar en todos los implicados e interesados en el mismo: políticos, técnicos, profesionales, etc. Requiere, por tanto, una participación activa y cooperativa tanto de los implementadores como de los evaluadores; emplea metodologías cualitativas y cuantitativas y tiene una orientación de valor inequívoca ya que se diseña para ayudar a las personas a mejorar sus programas.

La evaluación de *empowerment* se desarrolla a través de tres etapas. En una primera fase se realiza una redefinición y una declaración sobre la misión del programa/proyecto, generando frases claves que capten la misión del mismo. En esta fase se debe permitir que todos los participantes sean oídos y aporten sus ideas acerca

de la finalidad del proyecto. En un segundo momento se realiza un *balance de situación* que incluye la identificación y priorización de las actividades más significativas del proyecto. Se puntúa en una escala de 1 a 10 el grado de desarrollo de cada una de las actividades y se discuten esas evaluaciones. Esto ayudará a determinar dónde y cómo se encuentra el proyecto, incluyendo los puntos fuertes y débiles. Por último, se establece una guía/plan para el futuro que contiene metas y estrategias para alcanzar los objetivos. Si las metas ayudan a los responsables a determinar dónde quieren ir poniendo especial énfasis en la mejora del programa, las estrategias ayudarán a lograrlas.

De acuerdo con estos principios, el equipo de evaluación presentó a los responsables de la Asociación ACOGE un documento-propuesta donde se describía la metodología de trabajo a seguir, de tal forma que se familiarizaran con la misma y con el concepto de *empowerment*. En una segunda reunión se analizaron en profundidad las actividades que, en relación con la medida, estaban realizando las responsables de la asociación. En una última sesión de trabajo se abordó en profundidad y de forma integral la evaluación, para lo cual se elaboraron tres fichas de trabajo. En la primera ficha se recogió el diseño inicial de la actividad y la segunda, que aparecía en principio en blanco, fue rellenándose de acuerdo con el progreso de la implementación de la medida. El balance se realizó a partir de la reflexión sobre aquellas actividades que se habían considerado prioritarias respecto a las planteadas inicialmente. Por último, se elaboró una nueva propuesta de intervención futura basada en la experiencia de las trabajadoras y de las reflexiones anteriores.

6.5. Resultados y discusión

En el Cuadro 17.6 se recoge el contenido de la primera ficha con el diseño inicial de la actividad realizado por la asociación ACOGE, de acuerdo con el modelo lógico de implementación de programas. En cuanto al perfil de la mujer inmigrante en riesgo de explotación, se constataron algunas diferencias no sólo con el previamente propuesto, sino entre los distintos contextos de referencia de la medida. El perfil de las usuarias que estaban siendo atendidas en el servicio de Roquetas de Mar reflejaba una situación de mayor vulnerabilidad que la de los otros dos contextos, por lo que se planteaba una mayor urgencia de la intervención social.

CUADRO 17.6. DISEÑO INICIAL DE LA MEDIDA: PREVENCIÓN DE LA EXPLOTACIÓN SEXUAL DE MUJERES INMIGRANTES

<i>Meta</i>	Facilitar alternativas a la explotación de la mujer inmigrante.
<i>Perfil</i>	Mujeres extracomunitarias, entre 18-40 años, desempleadas, prioridad indocumentadas, responsabilidades familiares, familias desestructuradas, escasa red social, bajo nivel formativo y situación de exclusión social
<i>Objetivos</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Potenciar un proceso que aporte mayor estabilidad socioeconómica y emocional a un grupo de mujeres en riesgo de explotación. 2. Promover la inserción laboral. 3. Potenciar la creación de redes de apoyo y grupos informales. 4. Mejorar la formación y capacitación de las mujeres.
<i>Actividades</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico de las dificultades familiares que impiden la integración en el mercado laboral de las mujeres. 2. Conciliación del hábitat y los procesos de promoción laboral y personal. 3. Realización de visitas domiciliarias. 4. Seguimiento de las beneficiarias del servicio. 5. Participación en actividades y promoción de redes sociales. 6. Becas de acompañamiento.

Al realizar el balance de situación de acuerdo con la metodología reseñada y computar la efectiva realización de la medida, se constataron importantes diferencias respecto del diseño inicial. La *meta* de la medida había sido ampliada en los tres servicios (Roquetas de Mar, Jerez de la Frontera y Huelva), pues se entendía que para facilitar la integración sociolaboral de estas mujeres había que realizar una intervención más integral y abarcar el máximo número de ámbitos vitales. También se habían definido nuevos objetivos tales como facilitar el acceso a viviendas dignas; facilitar la conciliación de la vida familiar y laboral; facilitar el acceso a los recursos comunitarios: sanitarios, formativos, de ocio, etc.; mejorar la formación sobre la sexualidad de las mujeres; concienciar acerca de la importancia de la higiene personal; fomentar el autoempleo, etc. En consecuencia, las actividades planificadas habían sufrido cambios: *a)* se estaba realizando un mayor número de actividades; *b)* las actividades eran más específicas y operativas en función de la demanda, y *c)* se habían categorizado las actividades por ámbitos de intervención. Se constató, además, que al menos siete actividades (entrevistas diagnósticas, acompañamiento, mediación, seguimiento, derivación, etc.) se realizaban de forma transversal, es decir, con cada una de las usuarias que acudían al servicio con independencia de la demanda planteada.

Siguiendo el procedimiento metodológico descrito, se presenta en los cuadros 17.7A y 17.7B la guía para una intervención futura. Esta nueva guía fue consensuada entre responsables de los servicios y el equipo de evaluación externa, y ajustada a las características contextuales donde se iba a implementar. Como puede observarse, existe una considerable diferencia entre esta propuesta y el diseño inicial de la medida (Cuadro 17.6), tanto en metas y objetivos, como en actividades. Se amplía la meta hacia un intervención más integral y se incrementan consecuentemente, tanto cuantitativa como cualitativamente, los objetivos y las acciones que darán cobertura a los mismos. Además de aquellas acciones que ya se venían implementando con resultados satisfactorios, se proponen otras consideradas como necesarias o recomendables para la integración sociolaboral de las mujeres, que no se han podido llevar a cabo por factores como la falta de recursos humanos, materiales, etc.

CUADRO 17.7A. NUEVA PROPUESTA PARA EL SERVICIO DE ROQUETAS DE MAR

Meta: Intervención integral con mujeres inmigrantes en riesgo de exclusión para facilitar su integración sociolaboral.

Perfil: Mujeres en situación de emergencia social con escasos recursos. Extracomunitarias, de 18 años en adelante. En situación de desempleo o empleo precario, documentadas e indocumentadas. Con responsabilidades familiares o familias desestructuradas. Que han ejercido la prostitución, la están ejerciendo actualmente, o bien se encuentran en riesgo de iniciarla.

Tipo de Intervención: Prevención primaria, secundaria y terciaria.

Objetivos

Área Sanitaria:

1. Facilitar el acceso a los recursos sanitarios de la comunidad.
2. Proporcionar información sobre la sexualidad de las mujeres.
3. Concienciar acerca de la importancia de la higiene personal.

Conciliación vida laboral y personal:

4. Facilitar la conciliación de la vida laboral y familiar.
5. Informar acerca de los recursos comunitarios.

Área Laboral y de Formación:

6. Proporcionar información sobre los derechos y deberes que poseen, especialmente en el ámbito laboral.
7. Proporcionar los conocimientos y estrategias necesarias para llevar a cabo una búsqueda de empleo eficaz.
8. Facilitar el acceso a la formación requerida para la inserción en el mercado laboral.
9. Fomentar el autoempleo.

Ámbito de la Vivienda:

10. Posibilitar el aprendizaje del castellano
11. Facilitar el acceso a viviendas dignas.

Área de las Redes Sociales:

12. Posibilitar el aprendizaje del castellano.
13. Fortalecer la red social.

CUADRO 17.7B. NUEVA PROPUESTA PARA EL SERVICIO DE ROQUETAS DE MAR

Actividades

Transversales: proporcionar becas, realizar acompañamientos y seguimiento de las usuarias, visitas a domicilio, evaluar el proceso emprendido.

Área Sanitaria:

1. Realizar derivaciones a los servicios oportunos.
2. Informar acerca de la expedición de la tarjeta sanitaria.
3. Proporcionar información y asesoramiento.
4. Facilitar las visitas al Punto de Información Sexual de la Mujer y al Área de Salud y Género.
5. Incluir a los menores en programas de salud bucal.
6. Conciliación de la vida laboral y personal.
7. Proporcionar apoyo humano mediante canguros: cuidar a los menores fuera del horario de guardería, gestionar las plazas en las mismas.
8. Informar sobre los recursos comunitarios disponibles que facilitan la conciliación entre la vida familiar y laboral.
9. Fomentar las redes sociales mediante comidas comunitarias, visitas culturales, etc.

Ámbito de la Vivienda:

10. Elaborar una bolsa de arrendadores.
11. Establecer contactos entre los arrendadores y las mujeres inmigrantes.
12. Informar sobre los recursos existentes.

Área Laboral y de Formación:

13. Asesorar acerca de la homologación de títulos, de las posibilidades de autoempleo.
14. Realizar talleres de promoción de la mujer, iniciación a la informática, de lengua castellana.
15. Informar acerca de los recursos existentes en la comunidad, formativos y laborales.
16. Informar de los derechos y deberes laborales.

Área Escolar. Menores:

17. Mediar para que se proporcione atención psicológica a los menores en sus centros.
18. Cubrir el gasto de material escolar si no acceden a las becas y de las actividades extraescolares.
19. Realizar mediación con el personal de los centros escolares.

El carácter integral de este nuevo programa se corresponde con el enfoque global propuesto por Kronauer (1998) en el sentido de abarcar distintas áreas y/o niveles de intervención para prevenir los procesos específicos de exclusión que en ellos se producen. Al mismo tiempo se actúa en el nivel *microsocial* ya que se fortalecen las redes sociales en las que se incluirían miembros de la sociedad de acogida. De esta forma, se mejorarán las relaciones interpersonales y, por tanto, las percepciones sociales del exogrupo (Bierbrauer, 2000).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berkowitz, W. y Wolff, T. (2000). *The spirit of the coalition*. Washintong, DC: American Public Health Association.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation and adaptation. *Applied Psychology: an International Review*, 46, 534.
- Bierbrauer, G. (2000). Social justice and political ideology in an immigrant country. In T. Baums, K. J., Hopt y N. Horn (Eds.) *Corporations, capital market and business in the law* (pp. 257-281). London: Kluwer Law International.
- Chavis, D. M. y Wandersman, A. (1990). Sense of community in the urban environment: a catalyst for participation and community development. *American Journal of Community Psychology*, 18, 83-116.
- Church, S., Henderson, M., Bernard, M. y Hart, G. (2001). Violence by clients towards female prostitutes in differents work settings. *British Medical Journal*, 322, 524-525.
- Cohen, L., Baer, N. y Satterwhite, P. (1991). Developing Effective Coalitions: An Eight-Step Guide. *Injury Awareness y Prevention Centre News*, Vol. 4, No. 10.
- Comisión Europea (2000). *Lucha contra el Racismo y Fomento de la Integración de los Inmigrantes. Serie Innovaciones*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Constantine, M. G. (1997). Facilitating multicultural competency in counseling supervision: Operationalizing a practical framework. In Pope-Davis, D. B. y Coleman, H. K. (Eds.), *Multicultural counseling competencies: Assessment, Education and training, and supervision*, Thousand Oaks: CA. Sage.
- CRID (2001). *Municipio y diversidad*. Barcelona: Diputación de Barcelona.
- Fernández Ballesteros, R. (1995). *Evaluación de Programas: Una Guía Práctica en Ámbitos Sociales, Educativos y de Salud*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Fetterman, M. (2001). Empowerment evaluation: building communities of practice and culture of learning. *American Journal of Community Psychology*, 30, 89-102.
- Fontaine, J. H. y Hamond, N. L. (1994). Twenty counseling maxims. *Journal of Counseling and Development*, 73, 223-226.
- Foster-Fishman, P., Berkowitz, S. L., Lounsbury, D. W., Jacobson, S. y Allen, N. A. (2001). Bulding Collaborative Capacity in Community Coalitions: A Review and Integrative Framework. *American Journal of Community Psychology*, 29, 241-261.
- García, M., Martínez, M. F. y Santolaya, F. J. (2002). *Integración Social y Empleo de Inmigrantes. El Programa Integra- Diversa*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Gregorio, C. (1998). Mecanismos de exclusión y situación de las mujeres inmigrantes. En Varios, *V Congreso de Intervención Social. Calidad y responsabilidad compartida: retos del bienestar en el cambio de siglo* (pp. 2171-2184). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Himmelman, A. (2001). Community Coalition Building. Contemporary Practice and Research: Introduction. *American Journal of Community Psychology*, 29, 165-172.
- Holcomb-McCoy, C. C. y Myers, J. E. (1999). Multicultural competence and counselor training: A national survey. *Journal of Counseling and Development*, 7, 294-302.
- Jerusalem, M. y Kleine, D. (1991): Anxiety in east german migrants: prospective effects of resources in a critical life transition. *Anxiety Research*, 4, 15-25.
- Junta de Andalucía (2002). *Proyecto Equal-Arena. 2002-2004. Documento de Trabajo*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Kronauer, M. (1998). Social exclusión and underclass. New concepts for the analysis of poverty. In H. J. Handreb (Ed.). *Empirical poverty research in a comparative perspective* (p. 51-75). Aldershot. England.

- Martínez, M. F., García, M., Maya, I., Rodríguez, S. y Checa, F. (1996). *La integración social de los inmigrantes africanos en Andalucía. Necesidades y Recursos*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Martínez, M., García, M. y Maya, I. (2000). *Inserción Sociolaboral de Inmigrantes en Andalucía: El Programa Horizon*. Sevilla: Junta de Andalucía
- Martínez, M. F., García, M. y Maya, I. (2001). El efecto buffer del apoyo social sobre la depresión en la población inmigrante. *Psicothema, Vol. 13*, 605-610.
- Martínez, M. F., García, M. y Maya, I. (2002). Social Support and locus of control as predictors of psychosocial wellbeing in maroccan and peruvian immigrant women. *Internatinal Journal Intercultural Relations, 26*, 287-310.
- Martínez, M. F. y Martínez, J. (2003). Coaliciones Comunitarias: Una Estrategia Participativa para el Cambio Social. *Intervención Psicosocial 12*, 251-267.
- Martínez, M. Fco. García, M. y Martínez, J. (2004). Procesos Migratorios. En F. Expósito y M. Moya (Coord.): *Aplicando la Psicología Social* (p. 255-276). Madrid: Pirámide.
- Martínez, M. Fco. García, M. y Martínez, J. (2005). *Proyecto Equal-Arena. Informe de Evaluación*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Navas, M. S. (1998). Nuevos instrumentos de medida para el nuevo racismo. *Revista de Psicología Social, 13*, 233- 239.
- Nelson G. y Prilleltensky, I. (2005). The Project of Community Psychology: Issues, Values and Tools for Liberation and Well-being. En G. Nelson y I. Pilleltensky (Eds.): *Community Psychology* (p. 23-46). New York. Palgrave McMillan.
- Observatorio Permanente de la Inmigración (2004). *Anuario Estadístico de Extranjería*. Madrid. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración.
- Osuna, J. L. y Márquez, C. (2000). *Guía para la Evaluación de Políticas Públicas*. Sevilla: Instituto de Desarrollo Regional, Fundación Universitaria.
- Paterna, C. (1994). La situación de los inmigrantes magrebíes en Murcia. Un análisis psicosocial. *Anales de Psicología, 10*, 41-49.
- Pereda, C., Prada, M. D. y Actis, W. (1999). *Inmigrantes, trabajadores, ciudadanos: una visión de las migraciones desde España*. Valencia: Patronat Sud-Nord. Universidad de Valencia.
- Pérez, J. A. (1996). Representaciones sociales de los grupos minoritarios. En J. F. Morales y M. Olza (Coords.) *Psicología Social y Trabajo Social* (p. 447-462). McGraw-Hill.
- Reboloso, E., Hernández, S. y Andrés, P. (2001). El discurso social del prejuicio hacia los inmigrantes en la provincia de Almería. *Apuntes de Psicología, 19*, 207-234.
- Reboloso, E. y Hernández, S. (2003). Evaluación de las necesidades percibidas por los inmigrantes marroquíes en la provincia de Almería. *Encuentros en Psicología Social, 1*, 191-196.
- Scott, W. y Scott, R. (1989): *Adaptation of immigrants: individual differences and determinants. International series in experimental social psychology, Vol.18*. Oxford: Pergamon Press.
- Sherif, M. (1966). *Group Conflict and Cooperation*. London: Routledge y Kegan Paul.
- Steenbarger, B. y Smith, H. (1996). Assessing the quality of counseling services: Developing accountable helping systems. *Journal of Counseling and Development, 75*, 145-150.
- Trickett, E. J., Watts, R. J. y Birman, D. (1994). Toward an overarching framework for diversity. In E. J. Trickett, Watts, R. J.,y y Birman, D. (Eds.), *Human diversity: Perspectives and people in context* (p. 7-26). San Francisco: Jossey-Bass.
- Unión Europea (2002). *Guide Equal on Transnationality*. Publicaciones en formato electrónico en <http://www.europa.on line>.
- Unión Europea (2003). *Iniciativa Comunitaria Equal*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Unión Europea (2004). *Iniciativa Comunitaria Equal*. Fondo Social Europeo. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Warr, P., Cook, J. y Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being *Journal of Occupational Psychology*, 52, 129-148.
- Wolff, T. (2001). Community Coalition Building. Contemporary Practice and Research: Introduction. *American Journal of Community Psychology*, vol 29, 165-172.
- Zimmerman, M. A. (2001). Empowerment Theory. Psychological, Organizational and Community Levels of analysis. In J. Rappaport y E. Seidman, (Eds.) *Handbook of Community Psychology*. New York: Kluwer Academic/Plen.

CAPÍTULO 18

El servicio de consejería familiar de una oficina de consejos familiares en Suecia

Mariano Zetino Duarte



COMPENDIO DEL CAPÍTULO

El presente capítulo aborda la evaluación de una política pública: el Servicio de Consejería Familiar (SCF) que ofrece el Estado sueco a aquellas personas y a aquellas parejas que sienten la necesidad de mejorar su vida personal y familiar. El SCF forma parte de la atención de salud proporcionada por el Estado, y esa es una poderosa razón para su inclusión dentro del contexto de la intervención psicosocial. El capítulo se desarrolla de acuerdo al siguiente esquema:

1. El tratamiento de los problemas familiares en Suecia
 2. Estudio y evaluación de las actividades de los SCF
 3. La evaluación del trabajo terapéutico del Servicio de Consejería Familiar en Kronoberg
 4. Procedimiento metodológico de la evaluación
 5. Resultados
 6. Conclusiones
-

La sociedad sueca ha organizado diversas actividades y servicios en torno a los problemas que surgen en la vida familiar que son reglamentados por la Ley de Servicios Sociales. Uno de ellos, el El Servicio de Consejería Familiar (SCF) ofrecido a través de Oficinas de Consejos Familiares (OCF), está orientado a brindar apoyo a las parejas cuando uno de sus miembros, o ambos, se sienten incapaces de poner orden a su relación y a su vida en común. La búsqueda y participación en tales servicios es voluntaria.

En el Capítulo 15, Hilda Gambara y Elvia Vargas han expuesto con claridad las bases teóricas y metodológicas de la evaluación social de programas de intervención. Ahora la evaluación toma tierra en un caso concreto: las actividades desarrolladas por una Oficina Regional de Consejos Familiares en la provincia de Kronoberg, ubicada en la región sureste de Suecia. La evaluación fue realizada en el año 2002 por el autor del presente capítulo en calidad de evaluador externo a petición de los propios terapeutas a fin de garantizar la máxima objetividad e independencia.

1. EL TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS FAMILIARES EN SUECIA

Los lineamientos generales para la conformación de los SCF, cuyos primeros pasos se remontan a los años 30 del pasado siglo como parte de la construcción de la política social sueca, fueron formulados en 1960. En el proceso de construcción del Servicio de Consejería Familiar se conjugaron el interés general de la sociedad sueca por normar y reglamentar la vida privada de sus ciudadanos —interés surgido del ideal de desarrollar una sociedad racional— con las necesidades de apoyo que las personas tienen ante diversos problemas en distintas áreas de su vida. Tanto la responsabilidad del Estado sobre el cuidado y control de la familia a través medidas de apoyo y atención profesional, como la libertad de las personas a decidir sobre la búsqueda de ayuda y consejería familiar quedaron consignados en los lineamientos de 1960 (SOU, 1957: 33).

Hasta 1991, el Servicio de Consejos Familiares formó parte de la atención de salud proporcionada por el Estado. Por decisión del Parlamento sueco, a partir de 1995 el Servicio de Consejos Familiares se incorporó al Servicio Social de las municipalidades como servicio gratuito para aquellas personas que así lo solicitaran, y es atendido por psicoterapeutas familiares con grado universitario. En la actualidad hay 115 oficinas que dan atención a los 290 municipios. Aunque está excluida la prestación privada de este servicio, existen también oficinas bajo la dirección de la Iglesia sueca.

Desde sus inicios en 1995, el servicio prestado por las municipalidades se definió como una actividad psicosocial cuyo propósito primordial reside en ofrecer ayuda a las parejas para que puedan conversar, escucharse, comprenderse y aceptarse mejor a sí mismos y entre sí, encontrar oportunidades en el manejo de problemas y conflictos, y romper patrones de comportamiento destructivos para la relación de pareja. Se trata de un servicio que buscan o solicitan las personas de manera voluntaria, o que es ofrecido por funcionarios municipales cuando consideran que la situación de convivencia familiar lo precisa. La aceptación de tal ofrecimiento no es obligatoria ni está reglamentada. Además, por ley, no se solicitan ni se envían datos de o hacia autoridades sociales sin aprobación de los interesados, y tampoco se llevan registros personales o diarios de las sesiones. En los únicos casos que el personal de las OCF está obligado a establecer contacto con las autoridades respectivas es cuando existe evidencia de abuso o maltrato infantil o un alto riesgo de que éste ocurra. En suma, los objetivos principales de los SCF cabría cifrarlos en los siguientes:

1. Crear canales y estrategias comunes que faciliten el entendimiento y la comprensión mutua y hagan posible el diálogo.
2. Reformular el problema de tal manera que sea comprensible para cada miembro de la pareja a fin de que puedan encontrar una solución.
3. Aumentar la conciencia de la responsabilidad propia en la relación y la solución de los conflictos.

El Servicio de Consejos Familiares se basa en métodos *de tratamiento psicoterapéuticos* orientados a ayudar a las parejas con problemas de convivencia a manejar sus conflictos y afrontar situaciones de crisis a fin de poder encontrar por sí mismos soluciones constructivas y evitar separaciones destructivas. Aunque el apoyo va orientado a la pareja, su foco de interés se centra en la seguridad de los descendientes, si los hubiese, a fin de proporcionar a los hijos un ambiente seguro donde crecer y desarrollarse. Nótese que este es también el objetivo del acogimiento residencial del que nos habla Jorge del Valle y Amaia Bravo en el Capítulo 16.

El uso de distintos métodos de tratamiento psicoterapéutico en el trabajo de las OFC ha evolucionado de acuerdo a cambios sociales, a la legislación y al avance de las actividades de consejería familiar, y al desarrollo teórico experimentado por los métodos de tratamiento psicoterapéuticos, desde el tradicional «método de caso» que imperó desde 1951, cuando se estableció la primera OCF en Estocolmo, hasta el tratamiento basado en la terapia familiar. Actualmente, aunque no se descarta el uso de diferentes orientaciones de la terapia familiar, ha pasado a ser dominante la terapia familiar orientada a la comunicación. Este tipo de orientación analiza en sesiones de grupo en las que participan ambos miembros de la pareja los procesos y canales a través de los cuales las personas intercambian información y se comunican entre sí. El tratamiento tiene el propósito de que los miembros de la familia hagan uso de una nueva forma de relacionarse, de suerte que modifiquen los patrones y las estrategias de comunicación que obstaculizan el mutuo entendimiento (Satir, 1973).

En la provincia de Kronenberg, donde se ha llevado a cabo la evaluación, se aplicó una particular modalidad de la terapia familiar: el trabajo co-terapéutico. Este ha recibido varias denominaciones: terapia múltiple («multiple therapy»), terapia de roles separados («role-divided therapy»), entrevista conjunta («joint interview»). Todas ellas hacen referencia a la participación de dos o más terapeutas en el tratamiento de una persona, de una pareja, grupo o familia. Ambos terapeutas trabajan juntos durante el tratamiento, y pueden ser del mismo o de distinto sexo. En las OCF suecas suelen ser de ambos sexos. La idea y característica básica del método es que con la presencia de terapeutas de ambos sexos aportando visiones particulares de género emerja una dinámica que permita trabajar con mayor profundidad y con nuevas perspectivas la problemática de la pareja. Se pretende que se abran diversas oportunidades de comunicación de los terapeutas con la pareja, y entre la pareja y el «problema» para enriquecer la visión de ambos cónyuges o convivientes al comprender que muchas de las posiciones de su pareja parten de perspectivas o visiones de género. También se pretende que proporcione información nueva que contribuya a la comprensión por parte de los terapeutas (hombre y mujer) de las posiciones de cada miembro de la pareja.

Sobre la base de aportar perspectivas particulares de género al tratamiento del problema de la pareja, los objetivos específicos de la aplicación del método co-terapéutico consisten en generar una dinámica en las sesiones que permita: *a)* enriquecer la visión del hombre y de la mujer sobre el problema de la pareja; *b)* trabajar con mayor profundidad los sentimientos y vivencias; *c)* abrir diversas oportunidades de comunicación de los terapeutas con la pareja y entre la pareja y el «problema», y *d)* ayudar a que los terapeutas sean capaces de comprender las posiciones de cada miembro de la pareja.

2. ESTUDIO Y EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LOS SCF

Siguiendo la pauta internacional, las actividades de consejería familiar en Suecia han sido tradicionalmente estudiadas y evaluadas principalmente desde una perspectiva psicoterapéutica y de salud (Berggren y Tedin, 1990). Para analizar dicho efecto se ha echado mano de tres instrumentos estandarizados: el SCL-90, compuesto por 90 preguntas que cubren diferentes síntomas psíquicos y psicosomáticos (Berggren y Tedin, 1990; Berggren, Betnér y Näslund, 1998); el «Sense of Coherence», instrumento construido sobre un modelo teórico que tiene el propósito de comprender la relación entre estrés, actitud y salud (Antonovsky, 2001), y un cuestionario sobre Clima Familiar. Este último es un instrumento que se aplica a hombres y mujeres que viven juntos y

mide cómo la pareja experimenta la cercanía, la distancia y la espontaneidad en la relación. Esta medida se relaciona posteriormente con la salud de los miembros de la pareja.

En estudios como el de Berggren y Tedin (1990) estos instrumentos fueron aplicados para analizar el estado de salud de 32 familias, y para conocer cuáles fueron los cambios resultantes de tres diferentes tipos de tratamiento familiar, entre los que se encontraba el tratamiento psicoterapéutico proporcionado en las OCF. Tanto en este estudio como en el realizado por Gustafsson y Nykvist (1991) con 56 personas en contacto con consejeros familiares, se encontró que un elevado porcentaje (el 86 por ciento) indicaba que había recibido ayuda en la manera diferente de manejar sus problemas, y se mostraban satisfechos con ello. Estudios como los de Berggren, Betnér y Näslund (1998) encontraron que la sensación de bienestar había aumentado entre las parejas sometidas a tratamiento en las OCF, especialmente entre las mujeres, y que el efecto positivo se había mantenido 18 y 24 meses después. En ambos estudios se concluye que las actividades desarrolladas en las OCF tienen un efecto a largo plazo en la salud de las personas, incluso para aquellos que después del tratamiento se separaron.

Un estudio realizado por Selander y Wahlström en 1994 mostró que el tratamiento psicoterapéutico de terapia familiar en las OCF tiende a producir tres efectos: *a*) aumento de la comprensión, conocimiento propio y madurez ante el reconocimiento de que uno mismo puede ser la principal causa del conflicto; *b*) un cierto sentimiento de frustración que se torna en agresividad cuando se percibe que la principal causa de los conflictos es el otro miembro de la pareja; *c*) incremento en la frecuencia del diálogo cuando se comprende que ambos miembros de la pareja son causantes de los conflictos. Por su parte, el estudio realizado por Gerd Collinder e Inga Persson-Lannerstam (1983) sobre el uso del método co-terapéutico en las consejerías familiares durante los años 80 ofrece una imagen muy positiva del método desde la perspectiva de los terapeutas familiares. El punto de vista de los clientes sobre tal método también fue abordado en el estudio de una oficina de consejos familiares de la Iglesia, mostrando que casi la totalidad (el 92 por ciento) de los entrevistados valoraron positivamente el hecho de haber recibido tratamiento de dos terapeutas de ambos sexos.

Todos los estudios psicoterapéuticos referidos, incluidos aquellos que manejan el método co-terapéutico, muestran que la labor de consejería familiar de las OCF tiene una influencia positiva en la salud de las personas. Pero tales estudios han dejado por fuera del análisis la consideración de factores sociales y psicosociales (los más relevantes, como tendremos oportunidad de ver en epígrafes subsiguientes) en el origen y en la solución de los conflictos y de las situaciones de crisis. Los estudios que hacen referencia a factores socio-estructurales para explicar, por ejemplo, la insatisfacción matrimonial, no acostumbran a explicar cómo esos factores influyen en el plano psicosocial de las personas y en sus capacidades para resolver los conflictos. Por tanto, tales estudios dejan sin explicación cuáles son los puntos de contacto entre las estructuras y procesos sociales y los aspectos psicosociales que hacen posible los beneficios del tratamiento psicoterapéutico en las OCF. Estos factores tienen dos grandes marcos de referencia: *a*) la base material sobre la que se establece la relación y la vida en pareja (estructuras socioeconómicas: acceso al mercado de trabajo, organización de la economía del hogar, trabajo del hogar, cuidado de los niños, etc.), y *b*) una base psicosocial sobre la que se asienta la relación: estructuras de poder presentes en las relaciones de pareja, valores, creencias y significados compartidos, actitudes mutuas, y condiciones y características de la vida en familia tales como comprensión, significado y control de la vida propia y de la vida conjunta de la pareja.

3. LA EVALUACIÓN DEL TRABAJO TERAPÉUTICO DEL SERVICIO DE CONSEJERÍA FAMILIAR EN KRONOBERG

El trabajo terapéutico del Servicio de Consejería Familiar que se sometió a evaluación se organiza en varias sesiones de tratamiento previamente acordadas entre los terapeutas y la pareja sobre la base de las necesidades expresadas por ésta y del interés e involucramiento de ambos. El número de sesiones puede variar entre dos o

doce. Junto con la pareja, el terapeuta formula las metas a alcanzar, define el tiempo que durarán las sesiones, el tiempo de cada sesión, la frecuencia de las mismas y la forma como se realizarán. Durante el período de 1995 a 1999 la oficina triplicó la cantidad de sesiones de tratamiento: de 580 pasó a 1.600, correspondiendo esta última cifra a aproximadamente 181 casos nuevos.

Los casos son clasificados por los terapeutas familiares de acuerdo al tipo, dimensión y contenido del tratamiento. El criterio de clasificación para el tipo de tratamiento es el número de sesiones; se clasifica en serie de corto plazo (2-5 sesiones), mediano plazo (6-9 sesiones) o largo plazo (más de 9 sesiones, normalmente hasta doce). Esta clasificación se hace cuando el terapeuta define, junto con la pareja, el número de sesiones, pero es revisada al momento de culminar el tratamiento, ya que el número de sesiones pudo resultar menor o mayor del previamente planificado. El criterio para clasificar la «dimensión del tratamiento» es el número de miembros de la pareja o familia que se ven involucrados (solamente el hombre o la mujer, ambos, o si implica también a los hijos). Finalmente, la clasificación del contenido del tratamiento se hace utilizando como criterio el objetivo que el terapeuta considera que corresponde a la naturaleza del problema que presenta la pareja: caso de aclaración o de diagnóstico, de separación o de reparación de la relación, problema con otras relaciones, tutela o derecho de visita, tratamiento familiar, etc.

La evaluación fue realizada a solicitud e interés de la dependencia regional de Cuidados y Tratamientos (Vård och Behandling) de la Asociación de Municipios de la provincia de Kronoberg. El interés principal de esta dependencia se centraba en *obtener un mejor conocimiento* sobre los siguientes aspectos de los SCF:

1. ¿En qué consiste el beneficio que el tratamiento psicoterapéutico en la Oficina de Consejos Familiares proporciona a las personas o parejas atendidas? ¿Qué otros beneficios obtuvieron los participantes para el manejo de sus relaciones y su propia vida? Nos interesa valorar la *eficacia* y la *efectividad* de la intervención psicoterapéutica.
2. ¿En qué medida perdura el beneficio a lo largo del tiempo tras la intervención? ¿Está relacionada la perdurabilidad de los efectos con el número de sesiones? ¿Está relacionada con el tipo de tratamiento efectuado? Evaluamos la *sostenibilidad* de los resultados de la intervención.
3. ¿Qué otros factores de la relación de pareja influyen en los resultados del tratamiento? Evaluamos los *procesos sociales* y *psicosociales* en la relación de pareja que sirven de contexto al tratamiento.

3.1. Tipo de evaluación

Como ya hemos señalado, la evaluación se realizó a iniciativa de los terapeutas de la OCF de la provincia de Kronoberg, y se diseñó, además, como una evaluación complementaria de resultados y procesos, así como de carácter sumativo y formativo. Es decir, el propósito de esta evaluación no era valorar de forma integral el programa (véase a este respecto el Cuadro 16.1 del capítulo de Jorge F. del Valle y Amaia Bravo), sino conocer y valorar resultados muy concretos de la intervención realizada. Varias fueron las razones para ello. La principal es que la intervención psicosocial y psicoterapéutica de las OCF responde a la aplicación de una política social del Estado sueco cuyas valoraciones de necesidad y factibilidad quedaron definidas por investigaciones e informes oficiales realizados durante varias décadas atrás. En ese sentido, cabe señalar que ni las necesidades de la intervención, ni el diseño del programa y su ejecución (véase Cuadro 15.2. del capítulo de Hilda Gambará y Elvia Vargas) se plantearon en ningún momento como objeto de la evaluación. Por razones éticas de respeto a la problemática de la pareja y del anonimato de sus miembros durante el tratamiento se planteó una evaluación de proceso, ex-post; es decir, una vez finalizada la intervención con los participantes. Este aspecto se discute en detalle en el apartado de la problemática del estudio evaluativo.

Ya que el Servicio de Consejería Familiar de las OCF es el resultado de la aplicación de una política estatal, las evaluaciones que de ellas se realizan, incluida la que aquí se ejemplifica, tienen un carácter básicamente de tipo formativo, no tanto porque incluya una evaluación de proceso, sino porque siendo también de resultados,

la información que arroje será utilizada para mejorar las actividades de intervención y tratamiento que ejecuta la oficina de consejos familiares.

3.2. La problemática del estudio evaluativo

Sobre la base de las consideraciones anteriores, los objetivos de la evaluación se desagregaron dando lugar a la formulación de una serie de preguntas que expresan la problemática de la evaluación a investigar:

1. ¿Cuál es el resultado de la intervención psicoterapéutica que la persona o la pareja consideran beneficioso para el posterior desarrollo de su propia situación o de la relación de pareja?
2. ¿Cuál es el beneficio que, en opinión de las personas y parejas atendidas en las OCF, obtienen de la aplicación del método co-terapéutico?
3. ¿De qué manera la aplicación del método co-terapéutico influye en el desarrollo de las sesiones de tratamiento psicoterapéutico y en la confianza que despierta el trabajo de los terapeutas en las personas o parejas atendidas?
4. ¿Cuál es la posición y opinión de las personas o de la pareja ante la aplicación del método co-terapéutico y el no co-terapéutico?
5. ¿Cómo ha influido el trabajo del/la terapeuta en la libertad de la persona o la pareja para tomar sus propias decisiones?
6. ¿Se mantiene el beneficio del tratamiento seis meses después de la intervención? ¿En qué consiste su duración? ¿Depende el mantenimiento del beneficio del número de sesiones y de la aplicación del método co-terapéutico?

Una primera reflexión a raíz de estas preguntas permite revelar que los asuntos que han sido propuestos como objetos de evaluación están claramente vinculados a dos tipos de procesos: *a)* a los procesos de la intervención psicoterapéutica que toman forma en métodos concretos aplicados en la intervención, y *b)* a los procesos que se producen en la relación de pareja y que definen sus características, sus dinámicas de convivencia, de comunicación, de generación y de solución de conflictos.

Esta reflexión plantea que para poder dar respuesta a las interrogantes del problema de la evaluación y poder emitir juicios de valor sobre los resultados (efectos) de la intervención y su eficacia es necesario también emitir juicios de valor *sobre su calidad*, que es precisamente lo que está en el centro de la vivencia de beneficio para las parejas. Para ello es igualmente necesario entender los procesos implícitos en la intervención, ubicarlos y entenderlos en el marco de los procesos sociales y psicosociales que afectan y dan forma a la relación de la pareja y a la problemática que tal intervención intentaría modificar. Consecuentemente, la evaluación fue planteada como una evaluación complementaria de resultados y de proceso.

Metodológicamente, la evaluación de proceso puede realizarse durante la ejecución de la intervención o después de ella. En el primer caso, tal y como hemos visto en el Capítulo 15, esta evaluación está dirigida «a la observación del progreso de la intervención». La acción evaluativa estaría orientada a «determinar la fidelidad con que se está ejecutando el conjunto de acciones». Como bien se señala en el capítulo citado, muy cercano a la evaluación de procesos durante la intervención se ubica el monitoreo que genera los aportes empíricos para aquella.

Puesto que intervenir es algo más que aplicar técnicas y métodos, la intervención se convierte en un factor procesual y dinámico (y por tanto psicosocial) que pretende modificar el o los procesos sociales y psicosociales que están afectando a la o a las personas a quienes se pretende beneficiar. En este caso, el objetivo era verificar los cambios generados en tales procesos y la percepción que los beneficiarios tienen de los mismos. Para

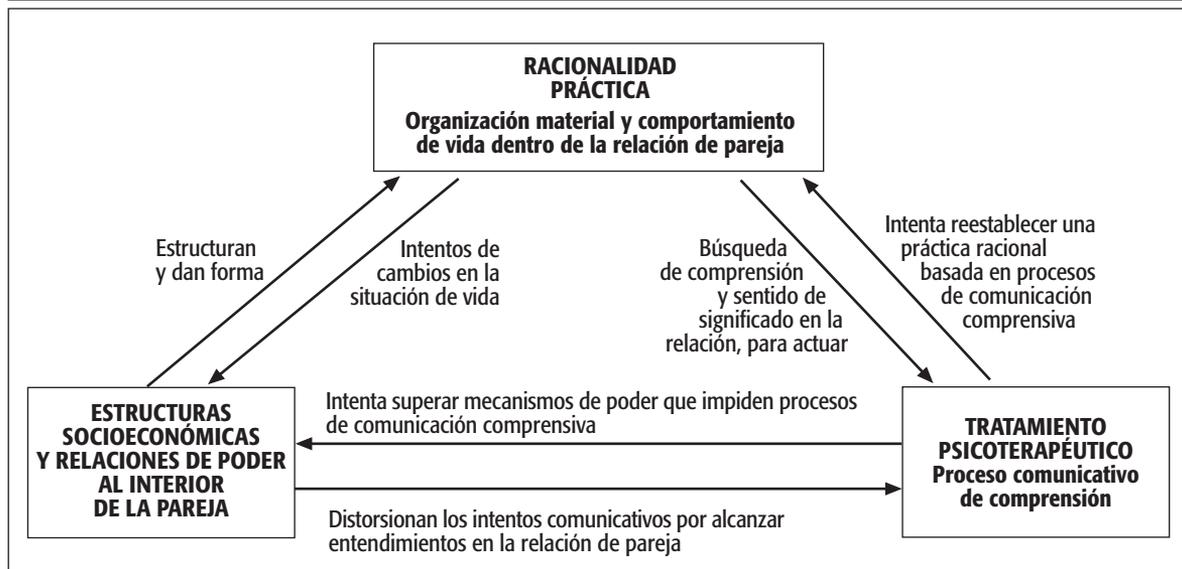
ello, la evaluación de proceso estaría orientada a conocer qué es lo que sucede en el proceso de tratamiento psicoterapéutico, qué puede resultar beneficioso para la persona o parejas atendidas en las OCF, en qué consiste ese resultado, y qué tan sostenible en el tiempo es con relación a la aplicación de los métodos específicos.

Otra reflexión importante para dar respuesta a la problemática del estudio evaluativo es que entender la lógica del tratamiento (la intervención psicosocial) en relación con la lógica de los procesos que enmarcan la relación y conflictos de la pareja permite identificar y comprender el *objeto de estudio* implícito en la evaluación. En los esfuerzos de la pareja por resolver sus conflictos y el trabajo psicoterapéutico de las OCF coinciden el interés, el de la pareja y el de los terapeutas, por incidir en la forma racionalmente práctica de actuar de los miembros de la pareja, de tal manera que pueda conducirlos a reestablecer una vida funcional, ya sea juntos o por separado.

Cuando los conflictos en la relación de la pareja se vuelven persistentes y permanentes o conducen a crisis y son experimentados como si no hubiese soluciones, o cuando el juego de poder dentro de la relación de pareja no crea condiciones para una vida funcional en conjunto, entonces se presentan las condicionantes psicosociales en forma más clara como problemas. Estos pueden presentarse bajo la forma de insatisfacción matrimonial, ausencia de significado en la relación, ausencia de comprensión de la realidad y ausencia de control sobre la propia vida y de la vida en conjunto. Es la necesidad de cambios o de restablecimiento de esas condiciones psicosociales lo que hace que una parte de las personas que no logran poner orden en su relación de pareja se dirijan a las OCF. Asimismo, es en este plano psicosocial del proceso de comprensión de la realidad por parte de las personas donde el trabajo psicoterapéutico de las OCF se «encuentra» con los esfuerzos de recuperar una vida propia a título individual o una vida de pareja.

La Figura 18.1 ilustra la relación entre la lógica de los procesos sociales y psicosociales que intervienen en la vida de la pareja, y la lógica de la intervención terapéutica que está en la base de las valoraciones que permiten juzgar la calidad del proceso de intervención psicosocial y de los resultados de la misma. La figura muestra la relación entre la racionalidad práctica, las relaciones de poder y la intervención terapéutica.

FIGURA 18.1. RELACIÓN ENTRE LA RACIONALIDAD PRÁCTICA EN LA ESTRUCTURACIÓN DE LA VIDA EN PAREJA, LAS RELACIONES DE PODER Y LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA



4. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA EVALUACIÓN

A partir de la problemática arriba señalada, el estudio evaluativo se orientó a comprender cómo los condicionantes materiales para la organización de la vida en pareja (atravesadas por las estructuras de poder) dieron lugar a procesos conflictivos y a crisis que afectaron los condicionantes psicosociales tanto de la vida propia como la que se comparte en pareja. Es decir, se orientó a comprender la situación de cada uno en la relación de pareja, el sentido y significado otorgado por cada uno de ellos a la vida propia y a la vida en común, la participación de cada miembro en la generación de las condiciones que afectaron la vida en pareja y la propia, y el control que cada uno de ellos tiene sobre su propia vida y de la vida en común. Comprender esos aspectos permitiría dar respuesta a la interrogante teórica clave del estudio evaluativo: ¿en qué punto se une y se conjuga la lógica de los procesos del tratamiento psicoterapéutico (que lo convierte en intervención psicosocial) con la lógica de los procesos sociales y psicosociales que afectan la relación de la pareja y con las posibilidades de solución de los conflictos? ¿En qué punto se unen esas lógicas de tal manera que puedan producir beneficios para la pareja o para cada uno de sus miembros?

La evaluación se diseñó como una combinación de métodos cuantitativos y cualitativos, tanto en la recolección como en el tratamiento y análisis de la información. Los primeros, porque parte de la base de información sobre los resultados del tratamiento sería cuantificable. Los segundos, porque más allá de las mediciones de los resultados, son las opiniones y las perspectivas de los distintos implicados (terapeutas y beneficiarios) obtenidas a través de entrevistas las que definen los criterios de valoración sobre la calidad de los procesos, de los métodos de trabajo, de los resultados y sus efectos e impactos en la calidad de la relación de la pareja.

4.1. Criterios de valoración y puntos de referencia

Es bien sabido que emitir juicios de valor es la tarea central de las evaluaciones. Esta tarea se constituye en la problemática metodológica de toda evaluación: ¿cómo emitir «juicios de valor» que estén sustentados en el uso de la metodología científica? De acuerdo a Michael Scriven (1980), es posible hacerlo con ayuda de un modelo racional cuya lógica se basa en las siguientes cuatro preguntas:

1. ¿Qué criterios de valoración existen para juzgar, y cómo se seleccionan?
2. ¿Qué medidas y niveles de los resultados pueden indicarse para los distintos criterios de valoración, y cuáles son sus puntos de referencia?
3. ¿Cómo y quién va a emitir el juicio de valor?
4. ¿Cómo van a sopesarse los resultados en relación con los criterios de valoración?

En nuestro caso, para definir los criterios de valoración se partió de los puntos de vista de los beneficiarios del tratamiento respecto a sus necesidades y expectativas de cambio como consecuencia del tratamiento de que fueron objeto en el Servicio de Consejería Familiar. Sabemos bien que este no es el único criterio de evaluación, pero también sabemos que es tan legítimo como cualquier otro.

Una vez definidos los criterios de valoración y su fuente, el evaluador debe tomar *posición sobre qué caracteriza lo justo, lo eficaz, lo apropiado, lo beneficioso* para poder establecer los puntos o parámetros de comparación, es decir la «medida» de referencia para establecer lo que es «más» o lo que es «menos» apropiado, beneficioso, justo, etc. Ove Karlsson (1999) señala que puede hablarse de dos tipos básicos de puntos de comparación: unos de carácter objetivo, y otros de carácter subjetivo. En cuanto a los primeros señala cuatro medidas de referencia que pueden ordenarse escalonadamente: *a)* exigencia mínima; *b)* los valores promedios para el contexto (el municipio, el país, etc.); *c)* la mejor práctica constatada empíricamente, y *d)* la práctica teóricamente considerada como la óptima.

En cuanto a los puntos de referencia de carácter subjetivo, Scriven señala que no se presentan escalonadamente, sino que más bien constituyen puntos de vista sin un orden de prioridad: *a)* necesidades y exigencias del individuo en particular o de los grupos; *b)* necesidades y exigencias de los usuarios o beneficiarios de la intervención, *c)* necesidades y exigencias de los grupos de interés o del interés público, *d)* necesidades y exigencias de los grupos profesionales.

En el caso que nos ocupa se adoptaron puntos de medición subjetivos a partir de las opiniones expresadas por las parejas sobre lo que ellas consideraban como beneficioso del tratamiento al momento de terminarlo y seis meses después de finalizado.

4.2. La población del estudio evaluativo

En cuanto a las características de la población participante en el estudio, la definición del procedimiento metodológico de la evaluación tuvo en cuenta las características de la población, las rutinas de secreto profesional que reglamenta las actividades de consejería familiar y aspectos de carácter ético.

Las personas que solicitan apoyo de la Oficina de Consejos Familiares pueden considerarse parte de una población «oculta» de parejas con conflictos, que tienen la sensación de carecer de orden en su relación y en su vida en común. Se trata, en otras palabras, de una población real que no es visible en sus características sociales específicas hasta que las parejas no dan a conocer su problema a través del contacto con la Oficina de Consejos Familiares. A esta característica se agrega el obligado secreto profesional que reglamenta las actividades de consejería familiar. Esto implica que no se llevan registros ni anotaciones de diario de las sesiones. Las parejas que así lo desean pueden recibir el apoyo en forma completamente anónima. Tanto el estricto secreto profesional como el resguardo del anonimato están orientados a proteger aspectos sensibles de la esfera privada de los participantes en el tratamiento. Esos aspectos determinaron los procedimientos a seguir a la hora de seleccionar a los participantes, de elegir los métodos de investigación y las técnicas de recolección de información, las formas y tiempos de contacto con ellos, la forma de aplicación de los instrumentos que se utilizarían y los momentos de su aplicación.

De acuerdo con los terapeutas familiares se determinó que la población que participaría en el estudio serían solamente las nuevas parejas o personas que recibirían tratamiento en el periodo enero-junio de 2001. El propósito fue, y así se cumplió, el de informar desde el inicio a dichas parejas que el trabajo de consejería familiar durante ese periodo sería evaluado, y que, en principio, ellos formaban parte de la población objeto de estudio, aunque no los convertía directamente en participantes. Proporcionar esa información permitió a los terapeutas familiares solicitar la autorización de las parejas para que, seis meses después de finalizado el tratamiento, se les enviase un cuestionario que voluntariamente decidirían responder o no. La respuesta al cuestionario constituiría la señal de su participación voluntaria en el estudio.

De común acuerdo con los terapeutas familiares, se decidió que la evaluación se realizaría seis meses después de concluida la serie de sesiones de tratamiento. Se consideró que era un tiempo prudencial para evitar «revivir» en las personas aspectos sensibles que probablemente ya hubiesen sido superados. Se consideró, asimismo, que cuanto menos tiempo transcurriera entre la culminación del tratamiento y la aplicación de un cuestionario especialmente diseñado para este estudio, mayor disposición habría por parte de las personas, lo que consecuentemente permitiría obtener una frecuencia apropiada de respuestas a la encuesta. Finalmente, la evaluación fue sometida a aprobación del Comité Ético de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Lund.

La población que durante el periodo mencionado recibió apoyo de los terapeutas fue de 105 personas. Los terapeutas informaron de la evaluación a todas ellas, y lo hicieron tanto verbalmente como por escrito. Todos aceptaron que se les enviara el cuestionario y proporcionaron voluntariamente sus nombres y dirección a los consejeros familiares solamente para este propósito. La mujer y el hombre de cada pareja responderían a su propio cuestionario en forma individual. Los terapeutas familiares fueron los responsables de enviar los cuestionarios

y los respectivos recordatorios, pero fue el evaluador quien recibió los cuestionarios cumplimentados. Todo lo anterior se hizo con el propósito de respetar en forma absoluta el anonimato de las personas ante el encuestador y el contenido de sus respuestas ante los terapeutas.

4.3. Los métodos de recolección de información

Los métodos de recolección de datos fueron la encuesta individual por correo y la entrevista en pareja semiestructurada con un guión temático. Ambos se eligieron por su pertinencia para recoger de forma privada y directa información sobre sucesos pasados, experiencias y vivencias sobre situaciones y aspectos sensibles de la vida personal y de pareja. Un criterio central para elegir la encuesta por correo fue su apropiada aplicación para recoger, con un alto grado de anonimato, información amplia y sensible que de otra manera hubiese sido difícil de obtener. Para superar el riesgo de que el cuestionario enviado fuese respondido en pareja, se realizó un control detenido de fiabilidad en todos los cuestionarios cumplimentados de todas aquellas preguntas para las que se esperaban diferentes respuestas. El resultado del control no dio prueba alguna de que el cuestionario hubiese sido respondido en conjunto por la pareja. La encuesta fue realizada entre agosto y diciembre de 2001.

Las entrevistas, por su parte, se realizaron entre febrero y junio de 2002. En la serie de entrevistas participaron cuatro parejas que voluntariamente aceptaron hacerlo, lo mismo que los tres terapeutas familiares de la Oficina de Consejería Familiar evaluada.

La muestra del estudio la constituyeron 58 personas, que corresponden al 55 por ciento de las 105 que durante el periodo enero-junio de 2001 estuvieron en contacto con la Oficina de Consejos Familiares. El 52 por ciento de los participantes en el estudio fueron mujeres y el 48 por ciento hombres. El tamaño de la muestra aceptable para el estudio se calculó haciendo uso del programa Epi Info 6. El hecho de no contar con acceso a información previa sobre las características sociales de la población hizo imposible realizar un tradicional análisis de pérdida de casos, de tal manera que la explicación de estos casos puede resumirse en que tales personas optaron por no responder al cuestionario. De acuerdo al programa estadístico, se consideró, sin embargo, que la frecuencia de respuesta de un 55 por ciento proporcionaba un resultado estadísticamente seguro para un nivel de seguridad de 95 por ciento, por lo que estimamos que los resultados darían una representación aceptable de los factores estudiados para el grupo de personas atendidas durante el periodo de la evaluación.

5. RESULTADOS

Por razones de espacio y de propósitos del presente capítulo no se presentan en todo detalle los resultados empíricos de la investigación (véase Zetino, 2003), sino un resumen de los mismos. En primer lugar, se presentan los datos que ayudan a dar respuesta a la pregunta sobre los beneficios que las personas consideran haber obtenido del tratamiento psicoterapéutico, así como los resultados respecto a la sostenibilidad de dicho beneficio y la forma en que ésta se manifestaba a los seis meses de culminado el tratamiento. Posteriormente, se abordan los datos en torno a los diferentes efectos de la aplicación del método co-terapéutico en el desarrollo de las sesiones y en los resultados obtenidos del tratamiento.

5.1. Los beneficios obtenidos por los participantes

Como ha quedado indicado, conocer las consideraciones y los parámetros de valoración de los participantes sobre lo beneficioso del tratamiento implica conocer cuáles eran las bases materiales de los conflictos y crisis en

la relación de pareja que dieron lugar a buscar el apoyo psicoterapéutico de la consejería. La imagen que se dibuja por parte de los participantes en la evaluación es bastante clara y toca tanto las condicionantes materiales como psicosociales de la vida en pareja que de una manera directa influyen en la vida diaria de las mismas.

En la evaluación se entendió por conflicto una contradicción seria en la relación de pareja que no suponía directa e inmediatamente un riesgo en la estabilidad de la relación o de disolución de la misma, aunque sin duda puede proporcionar argumentos para la ruptura. Entendemos la crisis como un cambio en la estabilidad de la relación de la pareja caracterizado por una quiebra del funcionamiento de la misma. A diferencia del conflicto, una crisis en la relación refleja una situación más persistente que de una forma más evidente y directa puede arriesgar la estabilidad de la relación. Entre los participantes se presentaba una variedad de tales situaciones. Las más relevantes y directamente acopladas a los conflictos eran la insatisfacción de la vida en común y aspectos relacionados con la vida laboral propia y del otro miembro de la pareja (trabajo a tiempo completo, desempleo, cambio de trabajo). Esas mismas situaciones se presentaban vinculadas también a las crisis. Pero el aspecto de la insatisfacción de la vida en común presentaba una frecuencia cuadruplicada en las crisis.

La sensación de insatisfacción con la vida en pareja es un concepto difícil de definir, pero está ligado principalmente a experiencias emocionales. En estudios psicoterapéuticos en torno a la «satisfacción matrimonial» en parejas de larga duración se acostumbra a señalar aspectos tales como vida sexual, amistad, confort, buen humor y tiempo juntos como los componentes más apreciados de una vida de pareja satisfactoria. Pero la «insatisfacción» es una sensación que se ve influida por la organización práctica de la vida diaria, como el trabajo y la economía del hogar, así como por la sensación de pérdida de control sobre la propia vida. Podemos decir, por tanto, que la «insatisfacción con la vida en común» es la expresión resumida de una sensación negativa de vida en pareja. A esa sensación se suman otras experiencias relacionadas con los conflictos previos a las crisis. Esto podría ser una explicación probable al hecho de que este aspecto es el que con más frecuencia es señalado como vinculado a las crisis de las parejas estudiadas.

Por lo que respecta a los conflictos, dos son los aspectos que sobresalen. El primero de ellos hace referencia a situaciones relacionadas con el cuidado de los niños, con el trabajo y la distribución y administración de los recursos económicos del hogar. Estas son las más frecuentemente señaladas por los participantes en el estudio como conducentes a conflictos cuando una de las partes ha intentado introducir cambios y modificaciones en esa situación. El segundo dirige su mirada hacia la vida personal donde destacan los intentos de cambio en el control de la propia situación de vida y desarrollo personal. En el estudio se destaca que las mujeres fueron las que en mayor proporción manifestaron haber intentado introducir cambios en las situaciones señaladas, y ello condujo a conflictos con su pareja.

Pese a esos datos, los motivos que condujeron a buscar ayuda terapéutica en el SCF no fueron de orden material (las condiciones materiales prácticas que definen los factores macrosociales a los que hemos hecho referencia en epígrafes previos). Cuando la base material para la organización de la vida en pareja (acceso diferente de los miembros de la pareja al mercado laboral, cuidado de los niños, trabajo del hogar, organización de la economía del hogar, etc.) incide en las condiciones psicosociales de la vida en común (comprensión, significado y control), surge en las personas la necesidad de cambios. Pero una carencia de comprensión y control sobre la propia situación o sobre la de la pareja no se experimenta de primera mano como tal y no conduce necesaria y automáticamente a intentar cambiar esas condiciones psicosociales. Son los condicionantes materiales de la organización de la vida en común lo que la pareja (uno o ambos) intenta cambiar por cuenta propia en primer lugar.

Cuando los conflictos se vuelven persistentes o conducen a crisis, y se observa que no existen condiciones para soluciones constructivas y para un manejo apropiado de conflictos, o cuando el juego de poder en la relación de pareja no genera condiciones para una vida funcional en común, es cuando emergen como problema los aspectos psicosociales de la relación: ausencia de sentido y significado de la relación de pareja (para uno o para ambos), ausencia de comprensión de la realidad, y ausencia de control sobre la propia vida y de la situación propia dentro de la relación de la pareja. Aunque no lo formulen de esa manera, lo que buscan las personas en el tratamiento psicoterapéutico son cambios en esas condiciones psicosociales o el restablecimiento

funcional de las mismas. Mejorar la comunicación, reparar la relación de convivencia, comprender la propia situación dentro de la pareja y comprender mejor la problemática que está viviendo son aspectos que se corresponden con ese tipo de necesidades prácticas y son los que se señalan como motivos para buscar el apoyo de las OCF. Los siguientes datos corroboran tal afirmación: el 89 por ciento de las mujeres y el 65 por ciento de los hombres participantes manifestaron buscar la ayuda de los terapeutas para mejorar la comunicación en la pareja; el 61 por ciento de las mujeres y el 42 por ciento de los hombres buscaban reparar la relación; el 47 por ciento de las mujeres y el 31 por ciento de los hombres buscaban comprender mejor el problema de la relación y su propia situación dentro de la relación.

Algunos de esos aspectos son señalados por los participantes entre los cambios más importantes experimentados y son valorados como el beneficio obtenido del tratamiento. Los participantes experimentan también los cambios en esos aspectos como recursos psicosociales que aprendieron a utilizar durante el tratamiento. Estos acaban por convertirse en una preciada herramienta para el desarrollo de las condiciones psicosociales de vida después del tratamiento, bien en pareja o cada uno por su lado. De ahí también el carácter de beneficios que le otorgan a tales resultados. Los cambios más relevantes quedan recogidos en el Cuadro 18.1. Un análisis en detalle de las diferencias porcentuales entre mujeres y hombres arroja luz sobre las situaciones concretas de las relaciones de pareja y las condicionantes materiales de la misma. El cuadro muestra los motivos aducidos en el momento del contacto, los cambios más importantes y beneficiosos experimentados por hombres y mujeres participantes al momento de culminar el tratamiento.

CUADRO 18.1. MOTIVOS EN EL MOMENTO DE CONTACTO Y CAMBIOS EN LA RELACIÓN DE PAREJA CONSIDERADOS COMO BENEFICIO AL CONCLUIR EL TRATAMIENTO

MOTIVOS ADUCIDOS EN EL MOMENTO DEL CONTACTO CON OFICINAS DE CONSEJOS FAMILIARES (OCF)	Mujeres N = 28*	Hombres N = 26*
Mejorar la comunicación	25 (89 %)	17 (65 %)
Entender el problema en la relación	13 (47 %)	8 (31 %)
Reparar la relación	17 (61 %)	11 (42 %)
Recibir consejo	13 (46 %)	8 (31 %)
CAMBIOS EN LA RELACIÓN DE PAREJA AL CULMINAR EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO, VALORADOS COMO BENEFICIOS DEL CONTACTO CON LA OCF	Mujeres N = 28	Hombres N = 23*
Comunicación mejorada	22 (79 %)	19 (83 %)
Comprensión incrementada de la situación común de la pareja	12 (42 %)	13 (56 %)
Comprensión incrementada de su propia situación	4 (14 %)	5 (22 %)
Comprensión incrementada sobre la situación de su pareja	6 (21 %)	6 (26 %)
Mejor manejo de problemas	2 (7 %)	0
Autoestima mejorada	5 (18 %)	2 (8 %)
Ningún beneficio	5 (18 %)	4 (17 %)

* La pérdida de casos no influye en los resultados.

El Cuadro 18.2 muestra cómo los hombres y mujeres experimentaban la situación de esos cambios y su sostenibilidad seis meses después del tratamiento.

CUADRO 18.2. SOSTENIBILIDAD DE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO SEIS MESES DESPUÉS DE FINALIZADO

SENSACIÓN SEIS MESES DESPUÉS DE TERMINADO EL CONTACTO, EN COMPARACIÓN CON LA SITUACIÓN ANTES DEL CONTACTO	Mujeres N = 28	Hombres N = 26
<i>Experiencia de comprensión de la situación de vida en la relación de pareja.</i>		
Peor o empeora	3 (10 %)	3 (12 %)
Ningún cambio	3 (10 %)	7 (27 %)
Mejor o mejora	22 (78 %)	16 (62 %)
<i>Experiencia de poder incidir en su propia situación de vida.</i>		
Peor o empeora	1 (4 %)	1 (4 %)
Ningún cambio	7 (25 %)	11 (42 %)
Mejor o mejora	22 (78 %)	14 (54 %)
<i>Sensación de significado de la comunicación en la relación de pareja.</i>		
Peor o empeora	0	4 (15 %)
Ningún cambio	12 (43 %)	6 (23 %)
Mejor o mejora	16 (57 %)	14 (54 %)

Seis meses después de concluido el tratamiento, el 78 por ciento de las mujeres (contra el 62 por ciento de los hombres) tenía la nítida sensación de comprender mejor la vida en pareja, y sentía que esa mejoría continuaba. El mismo porcentaje de mujeres contra el 54 por ciento de los hombres sentía que la posibilidad de incidir en su propia situación de vida era mejor seis meses después de concluido el tratamiento, y que continuaba mejorando. Mientras tanto, el 57 por ciento de las mujeres contra el 54 por ciento de los hombres experimentaba que la sensación de significado de la relación y la comunicación dentro de la pareja era mejor seis meses después de concluido el tratamiento y que continuaba mejorando.

Pese a las variaciones y las diferencias entre hombres y mujeres, estos datos muestran una clara tendencia de mejora en diversos aspectos psicosociales de la vida en común para ambos miembros de la pareja. Esa tendencia, que también se mostró durante el desarrollo de las sesiones terapéuticas, puede ser un indicio de que durante el tratamiento se abrieron para las partes oportunidades de poder expresar libremente sus sentimientos, ideas y posiciones sin la mediación de los mecanismos de poder y sin las trabas de comunicación actuantes en las relaciones normales de la pareja.

Los mecanismos de poder que entorpecen y complican la comunicación y los procesos de comprensión son considerados por las distintas perspectivas psicoterapéuticas dentro de la terapia familiar como interferencias que perturban la comunicación o el sistema de significados compartidos formados por opiniones, pensamientos y percepciones que, a su vez, distorsionan las premisas para la comprensión. El propósito del tratamiento reside en introducir cambios en esos patrones de relación de pareja que posibiliten la comunicación y la búsqueda de soluciones con ayuda de diferentes métodos de sesiones y técnicas terapéuticas.

Una comunicación mejorada (aprender a escuchar y desarrollar respeto mutuo, entender el problema de la pareja a través del diálogo) se considera por los participantes como un aspecto positivo derivado del tratamiento de consejería familiar. Además de ello, como hemos referido con anterioridad, hay otros beneficios: un incremento en la comprensión mutua de la situación de vida y los puntos de vista del otro miembro de la pareja, la comprensión de la propia responsabilidad en el problema, un mejor manejo de conflictos y de la relación a través de un diálogo abierto, y una autoestima fortalecida e incrementada. Esos aspectos han sido utilizados, en

opinión de los mismos participantes, como herramientas de apoyo para darle continuidad al manejo de las situaciones dentro de la relación de pareja, de suerte que seis meses después de concluido el tratamiento la mayoría (tanto de hombres como de mujeres) cree que la comunicación, la comprensión y el control sobre su vida personal y de pareja ha mejorado y continúa haciéndolo.

El resultado del trabajo terapéutico es claramente positivo, tanto durante las sesiones de tratamiento como seis meses después de concluido éste. El 73 por ciento de los participantes en el estudio señalan que los resultados obtenidos y los cambios más importantes producidos en la relación de pareja están en su mayoría o totalmente en coincidencia con sus expectativas, y que ellos los adjudican a su contacto y tratamiento con los terapeutas familiares.

5.2. Efectos del método co-terapéutico en el desarrollo de las sesiones

En otro orden de cosas, a los participantes se les preguntó acerca de si la dinámica generada por el tratamiento con dos terapeutas había tenido efectos positivos sobre diversos aspectos en el desarrollo de las sesiones: *a)* funcionamiento de las sesiones; *b)* oportunidades de expresar libremente los sentimientos y opiniones; *c)* comprensión de los puntos de vista de los participantes por parte de los terapeutas, y *d)* creación de confianza en el trabajo y competencia del terapeuta. En el Cuadro 18.3 se muestran los resultados.

CUADRO 18.3. OPINIÓN DE LOS PARTICIPANTES SOBRE LA INFLUENCIA DEL MÉTODO CO-TERAPÉUTICO EN EL DESARROLLO DE LAS SESIONES DE TRATAMIENTO

¿Considera que el método co-terapéutico tuvo efecto positivo en:	Sí	En cierta medida	No	No sé	Total (%)
– Funcionamiento de las sesiones?	25 (71)	8 (23)	–	2 (6)	(100)
– La oportunidad de expresar libremente sus sentimientos y opiniones?	22 (63)	7 (20)	2 (6)	4 (11)	(100)
– La comprensión de sus puntos de vista por parte del terapeuta?	23 (66)	7 (20)	1 (3)	4 (11)	(100)
– En tener confianza al trabajo y competencia del terapeuta?	24 (69)	5 (14)	1 (3)	5 (14)	(100)

Este Cuadro refleja una influencia predominantemente positiva del método co-terapéutico sobre los distintos aspectos del desarrollo de las sesiones. Los cuadros siguientes muestran, sin embargo, que este método no ofrece diferencias estadísticamente significativas entre quienes fueron atendidos por dos terapeutas y por uno solo. Los cuadros muestran solamente las opiniones de quienes manifiestan una clara experiencia positiva sobre esos aspectos.

CUADRO 18.4. EXPERIENCIA POSITIVA DE LOS PARTICIPANTES DE LA INFLUENCIA SOBRE EL DESARROLLO DE LAS SESIONES, AL SER TRATADO POR UNO O DOS TERAPEUTAS

Experiencia claramente positiva durante las sesiones:	Sesiones con un terapeuta N = 23	Sesiones con dos terapeutas N = 35
– Expresar libremente sentimientos y opiniones.	20 (87)	31 (89)
– Sus puntos de vista eran escuchados y comprendidos por el terapeuta	21 (91)	32 (91)
– Confianza en el trabajo y competencia del terapeuta.	19 (83)	32 (91)

5.3. Efectos del método co-terapéutico y de la duración de la serie de sesiones

La evaluación no muestra diferencias significativas (con un valor $p = 0,06$ con un nivel de confianza de 95 por ciento) de los efectos del tratamiento con dos terapeutas (método co-terapéutico) o con uno, ni del número de sesiones en los resultados del tratamiento y su sostenibilidad seis meses después de finalizado éste (véase Cuadro 18.5).

CUADRO 18.5. CAMBIOS EXPERIMENTADOS COMO RESULTADO DEL TRATAMIENTO Y SU SITUACIÓN SEIS MESES DESPUÉS DE FINALIZADO, DE ACUERDO AL MÉTODO CO-TERAPÉUTICO Y NÚMERO DE SESIONES

	Un terapeuta	Dos terapeutas	Número de sesiones				
			1	2 - 4	5 - 8	9 - más	
Sensación de comprensión de situación de vida	N = 23	N = 35	7	23	16	11	58
Peor o desmejora	2 (9)	5 (14)	1 (14)	2 (8)	3 (18)		
Ningún cambio	6 (26)	7 (20)	1 (14)	6 (26)	4 (25)	2 (18)	
Mejor o mejora	15 (65)	23 (66)	5 (71)	15 (65)	9 (56)	9 (82)	
Sensación de poder influir en la propia situación de vida	N = 23	N = 33	N = 7	N = 23	N = 14	N = 11	56
Peor o desmejora	2 (9)	1 (5)			2 (14)	1 (9)	
Ningún cambio	6 (26)	12 (36)	1 (14)	9 (39)	4 (29)	3 (27)	
Mejor o mejora	15 (65)	20 (61)	6 (86)	14 (61)	8 (57)	7 (64)	
Sentido en la comunicación en la relación de pareja	N = 23	N = 34	N = 7	N = 23	N = 16	N = 10	57
Peor o desmejora	3 (13)	2 (6)	1 (14)	3 (13)	1 (6)		
Ningún cambio	8 (35)	12 (35)	1 (14)	8 (35)	6 (37)	4 (40)	
Mejor o mejora	12 (52)	20 (59)	5 (51)	12 (52)	9 (56)	6 (60)	

* La pérdida interna de casos no influye en los resultados.

Algunos aspectos abordados en la encuesta fueron profundizados en las entrevistas efectuadas a cuatro parejas (vivencias particulares de cada miembro sobre las relaciones de poder en la pareja, experiencias sobre los intentos de modificación de la situación de pareja, etc.). De todas ellas, tan sólo vamos a hacernos eco de los resultados en torno al método co-terapéutico.

Cuatro tipos de argumentos positivos fueron señalados a favor de su uso: argumento de justicia, de balance, de identificación de género y de comprensión. El primero de ellos se refiere a las oportunidades que proporciona para generar igualdad de condiciones para ambos miembros de la pareja en el planteamiento de ideas, tratamiento de la problemática y posibilidad de ser escuchados y ser comprendidos durante las sesiones. Se señala la propia interacción de los terapeutas durante la sesión como una forma justa de poder presentar los diferentes puntos de vista desde la perspectiva de género. El argumento de balance destaca las oportunidades que el método crea para equilibrar y ampliar razonamientos de manera tal que la perspectiva propia de cada género puede enriquecerse a partir de la perspectiva del otro sexo. En el argumento de identificación de género, los

participantes enfatizan la cómoda sensación de no encontrarse en una posición de desventaja ante el otro sexo y de poder experimentar de forma más natural una identificación de posiciones, respuesta y comprensión por parte de alguien del mismo sexo. Muchos de los participantes, tanto hombres como mujeres, señalaron este aspecto de seguridad como un factor que contribuyó en forma determinante a consolidar e incrementar la confianza en el trabajo de los terapeutas. El argumento de comprensión resalta las oportunidades que ofrece el método co-terapéutico para crear condiciones cara a la comprensión de la propia situación y la de la pareja al interior de la relación de convivencia.

A pesar de esas posiciones positivas, los participantes señalaron de forma crítica algunos riesgos durante la aplicación del método co-terapéutico. Éstos se refieren, por un lado, a la sensación de vergüenza al «abrirse» y otorgar conocimiento de su vida privada e íntima más allá de lo necesario a una persona de otro sexo, y al hecho de tener que enfrentar inesperadamente y de forma clara los razonamientos y posiciones de un terapeuta de otro sexo. Sin embargo, este método no constituyó ningún factor determinante para el resultado alcanzado en el momento de finalizar el tratamiento y la situación prevaleciente seis meses después si se compara con el tratamiento con un terapeuta. Esta conclusión no implica una ausencia de importantes diferencias entre ambos métodos. Esas diferencias se refieren principalmente a experiencias y sensaciones subjetivas profundas en los participantes que acaban por convertirse en factores importantes frente al tratamiento entre las que cabe destacar la sensación de un tratamiento justo, de una identificación de sexo, de balance en el tratamiento y en las perspectivas de abordaje de los problemas. Uno de los entrevistados señala por ejemplo: «yo entendí de mejor forma la diferencia entre las reacciones masculinas y femeninas en distintas situaciones». Los argumentos positivos para recibir tratamiento con un terapeuta se refieren a la competencia del terapeuta de poder escuchar a ambos miembros de la pareja y de crear un buen balance en la discusión, y al hecho de que trabajar con un solo terapeuta produce la sensación de seguridad ante la incomodidad y vergüenza de «abrir» su vida privada e íntima ante un terapeuta de otro sexo. Ello no obstante, los participantes señalan también algunos argumentos negativos sobre el tratamiento con un solo terapeuta: *a)* limita condiciones apropiadas e igualdad de oportunidades para ambos sexos a la hora de ser escuchados y recibir respuesta a sus inquietudes, y *b)* no incorpora perspectivas de género amplias al problema, lo que a su vez incrementa tres tipos de riesgos en el tratamiento de la problemática de la pareja por parte del terapeuta: parcialidad, desbalance en las posiciones e identificación de sexo injusta. Desde la perspectiva de los miembros de la pareja, estos aspectos pueden afectar poderosamente a la disposición ante el tratamiento y a la percepción de significado positivo de los resultados, sin que necesariamente esos efectos se vean reflejados en el cálculo estadístico.

Probablemente no es la aplicación de uno u otro método lo que se vuelve determinante para la disposición de los participantes ante el tratamiento y la «legitimidad» que le otorgan a los resultados. Lo que les influye de manera positiva es la competencia profesional de los terapeutas, y las oportunidades que con ayuda de uno u otro método se alcancen durante las sesiones en torno a la libertad de expresión de los sentimientos y opiniones, capacidad de escucha de las posiciones, apertura de canales de comunicación, comprensión de la situación y confianza en el trabajo de los terapeutas. A través de las entrevistas fue posible, entre otras cosas, profundizar en estos aspectos y en relatos concretos sobre las vivencias de los conflictos y crisis de relación de las parejas, así como de las vivencias experimentadas en las sesiones.

6. CONCLUSIONES

En el presente capítulo hemos descrito la evaluación de una intervención psicosocial. El ejemplo que aquí se ha presentado no corresponde al caso tradicional de la evaluación de un programa o proyecto de intervención que es posible identificar y evaluar desde su fase de diseño. La intervención evaluada es la aplicación de una

política estatal, que si bien ha sufrido variaciones en su conceptualización filosófica, y por tanto en aspectos de su orientación, no ha variado su propósito central: apoyar a las personas que, de manera libre y voluntaria, buscan solución a sus conflictos. En la estrategia de evaluación seguida no resulta posible separar su carácter sumativo del formativo; es decir, la valoración de la calidad de los resultados de la intervención psicosocial no puede separarse de la evaluación de los procesos de los que emana, ya que los resultados de la evaluación deben retroalimentar las actividades de intervención de esta política pública que son los Servicios de Consejería Familiar.

Cuando se ejecutan programas, proyectos o intervenciones basadas en políticas públicas estatales o municipales, como las que proceden de organismos internacionales, *deben* plantearse por lo menos las siguientes preguntas: ¿qué sucede en la práctica con las decisiones políticas? ¿Se cumplen las metas y los objetivos? ¿Se obtienen los efectos e impactos que las intervenciones y las políticas se proponen? ¿Qué puede aprenderse de la ejecución de las intervenciones para optimizar las políticas que a su vez permitan mejorar continuamente la calidad de vida de los ciudadanos? ¿Cómo puede mejorarse la ejecución de las intervenciones de tal manera que los beneficios para los participantes se conviertan en beneficios sociales? ¿Cómo puede mejorarse la intervención y su diseño de tal manera que el uso de los recursos públicos sea eficiente?

Obtener respuesta a esas preguntas es una condición básica para una conducción política democrática. Los políticos y los ejecutores de los programas, los proyectos y las intervenciones sociales deben poder responder a preguntas que implican el uso y distribución de recursos económicos, materiales y sociales que tienen el propósito de producir cambios significativos en la realidad económica, social y cultural que afectan a personas y a grupos sociales concretos. Debe por lo tanto saberse de qué manera la aplicación de la política ha impactado la realidad social de grupos o sectores de la población a quienes van dirigidas las acciones, y de qué manera la intervención se corresponde con las expectativas y las exigencias que la sociedad puede plantearse para elevar la calidad de vida de sus ciudadanos. La evaluación de intervenciones como la del caso presentado es una necesidad democrática de la sociedad. En una perspectiva más amplia, los efectos (y su sostenibilidad) de este tipo de intervenciones sobre la salud mental de los beneficiarios, sobre el manejo de conflictos, sobre la estabilidad de los contextos sociales (como la familia y relaciones de pareja) tan necesaria para el desarrollo de la infancia, se convierten en beneficios para la misma sociedad. La evaluación de políticas públicas, así como la aplicación de recomendaciones que de ella surjan, es una necesidad que abona ese propósito, y debe también ser una exigencia y responsabilidad social de los involucrados.

El caso presentado permite ilustrar también cómo las estrategias de evaluación no son moldes inflexibles, sino que pueden ser utilizadas con creatividad. Pese a ello, debe definirse con claridad la problemática evaluativa, los objetivos, los criterios de valoración y los parámetros de medición. La definición de tales aspectos en el diseño de la evaluación no fue un proceso lineal y no se presentaron con claridad desde el principio. Requieron de un proceso de negociación entre el evaluador y quienes encargaron la evaluación. En resumen, se dio respuesta a las interrogantes señaladas por Hilda Gambará y Elvia Vargas en el epígrafe «Fases en la evaluación de programas».

La exposición del razonamiento en torno a las características y perspectiva filosófica de la labor de las OCF en Suecia ha permitido hacer el rastreo e identificación lógica de la problemática evaluativa a resolver, de los propósitos de la evaluación, y de su diseño metodológico. Hacerlo ha posibilitado razonar que la evaluación de los resultados no es contradictoria ni excluyente con una evaluación de proceso. Ambas se complementan y ésta última es necesaria cuando debe explicarse el porqué de los resultados obtenidos, y valorar la calidad de los mismos.

La evaluación de proyectos de intervención social y psicosocial es algo más que un método y una técnica; es algo más que un mero discernimiento metodológico y técnico sobre resultados propuestos y la aplicación eficaz de métodos o técnicas de intervención. Es la emisión de juicios de valor sobre procesos que pretenden modificar realidades sociales y psicosociales de personas concretas. En este punto radica la contradicción, y al mismo tiempo la clave, de las evaluaciones de proyectos de intervención social y psicosocial: emitir «juicios de valor» que por su carácter implican aspectos de subjetividad del evaluador sobre la base del uso de técnicas y

metodologías que pretenden ser objetivas. Esta contradicción tiene implicaciones metodológicas que en la presente evaluación se resolvieron a partir de dos aspectos importantes. Por un lado, en la valoración de procesos y de sus resultados se tuvo en cuenta la percepción de los beneficiarios; por el otro, se recuperaron los efectos de la lógica de la intervención en la vida social y psicosocial de los beneficiarios de la misma. Por tanto puede afirmarse que los procesos y discernimientos de las evaluaciones requieren de consideraciones teóricas en torno a los procesos y dinámicas de los problemas que se pretenden modificar con las intervenciones. Si esas consideraciones no sirven de base para la definición de las características y el diseño, resultará difícil encontrar los criterios de valor y los puntos de referencia para emitir los juicios de valor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antonovsky, A. (2001). *Hälsans mysterium. (El misterio de la salud)*. Stockholm: Natur och kultur.
- Berggren, G. y Tedin, A. (1990). *Individ och Familj – en jämförelse mellan familjer inom tre olika behandlingsformer. (Individuo y familia – una comparación entre familias dentro de tres formas de tratamiento)*. Stockholm: Stockholms Universitet, Psykologiska institutionen.
- Berggren, J., Betnér, R. y Näslund, P. (1998). *Par som gått vid Kyrkans familjerådgivning i Växjö. En 2-års uppföljning. (Parejas que recibieron tratamiento en la consejería familiar de la iglesia en Växjö)* Linköping: Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset.
- Collinder, G. y Persson-Lannerstam, I. (1983). (Co-terapia) *Co-terapi*. St. Lukasstiftelsens utbildningsinstitut. Stocokholm.
- Familjerådgivning i Kronobergs län VoB Kronoberg *Verksamhetsberättelse 1999*. (Relato de actividades del año 1999, de la oficina de consejos familiares de la provincia de Kronoberg).
- Gustavsson, C. y Nyqvist, M. (1991). *Familjerådgivning är friskvård (Consejos familiares y cuidados de salud)*. Landstingen i Halland. Rapport nr. 4.
- Karlsson, O. (1999). *Utvärdering- Mer än en metod (Evaluación – Más que un método)*. Stockholm: Ájour.
- Satir, V. (1973) *Familjeterapi (Terapia familiar)*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Schjødt, B. y Egeland, T. 1994. *Från systemteori till familjeterapi. (De teoría de sistemas a teoría familiar)* Lund: Studentlitteratur.
- Scriven, M. (1980). *The Logic of Evaluation*. Inverness, CA: Edgepress.
- Selander, E. y Wahlström, L. (1994). *Tio röster om familjerådgivning – en kvalitativ studie« (Diez voces sobre consejería familiar- un estudio cualitativo)* Uppsats. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Shaffer, J. (1999). *Notes on Minuchin*. <http://www.california.com/~rathbone/jerry2.htm> (2000-10-20).
- SOU (1957:33). *Allmän Familjerådgivning. Betänkande av 1955 års familjerådgivningskommitté (Servicio de consejos familiares públicos. Documento de reflexión del comité de 1955)*. Stockholm.
- Zetino Duarte, M. (2003). *Vi kanske kommer igen, om det låser sig. Kvinnors och mäns möte med familjerådgivningen. (Quizás regresamos, si no funciona. El encuentro de mujeres y hombres con la consejería familiar)*. Tesis doctoral. Doktorsavhandling. Lund: Lunds universitet. Sociologiska institutionen.

El reto de evaluar programas sociales inadecuadamente planificados: un caso colombiano¹

Elvia Vargas Trujillo

- Me podría indicar hacia dónde tengo que ir desde aquí?*
 - Eso depende de hacia dónde quieras llegar –contestó el gato.*
 - A mí no me importa demasiado dónde –comenzó a explicar Alicia.*
 - En ese caso da igual hacia dónde vayas –interrumpió el gato.*
 - Siempre que llegue a alguna parte –terminó Alicia a manera de explicación*
 - ¡Oh!, siempre llegarás a alguna parte.*
- Lewis Carroll: Alicia en el País de las Maravillas



¹ Este capítulo incluye los valiosos aportes que realizaron a la primera versión Jorge F. del Valle, Carmen Pozo y María Cristina Villegas de Posada.

COMPENDIO DEL CAPÍTULO

Ante la preocupante dimensión que estaba adquiriendo el consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, en 1986 se pone en marcha el programa universitario «La Casa» (PLC), un centro con proyectos y servicios entre los que se encontraba la asistencia terapéutica y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. A la hora de proceder a su evaluación se observó que los objetivos del programa no cumplían con los requisitos necesarios para poder ser evaluados. El PLC no era el resultado de un proceso riguroso y sistemático de planificación, y en ese sentido era poco probable que las actividades tuvieran algún impacto en la población. A lo largo de este capítulo se desvelan los errores en la planificación y su repercusión en la evaluación de acuerdo al siguiente esquema:

1. El programa «La Casa» (PLC)
 2. El contexto social en la implantación del PLC
 3. Evaluación de la evaluabilidad del PLC
 4. Conclusiones y recomendaciones
-

En Colombia, al igual que en otros países, son frecuentes las iniciativas de intervención en contextos sociales. Los gestores de estos programas se plantean mejorar la calidad de vida de la población incidiendo sobre los problemas que se reconocen como socialmente relevantes. El énfasis que se le concede a estas problemáticas va cambiando en función del contexto político del país y de las instituciones responsables de su administración. Es así como en la década de los 80 y 90 se observó una proliferación de programas relacionados con el problema del consumo de sustancias psicoactivas (SPA); posteriormente, el interés se dirigió hacia el embarazo en la adolescencia y la infección por VIH, del que nos hemos ocupado en los capítulos 4 y 10 de este texto, y en la actualidad el problema que recibe mayor atención es el del desplazamiento forzado por el conflicto armado.

Frente a esta situación surge la duda sobre el papel de la evaluación en ese proceso de toma de decisiones políticas. Como se mencionó en el Capítulo 15, la evaluación es la única manera de asegurar que los pocos recursos con los que contamos se destinen a satisfacer las necesidades prioritarias de la población y a apoyar aquellos programas que han demostrado ser más eficaces, efectivos y eficientes. En este sentido, y retomando la definición de Osigweh (1986) de decisiones políticas, podemos preguntarnos si los responsables de decidir «quién obtiene qué, cuándo y cómo» tienen en cuenta la evidencia que arroja la evaluación de programas sociales para definir las prioridades y la asignación de los recursos. Tal como lo hemos planteado en las conclusiones del Capítulo 15, en países en desarrollo como Colombia la evaluación es una necesidad, no un lujo. Además, dado que las intervenciones sociales pueden arrojar tanto resultados positivos como negativos, existe el compromiso ético de que las nuevas políticas se basen en la evidencia que arroja la evaluación.

Ahora bien, de acuerdo con Fernández-Ballesteros (1995), la evaluación requiere que el programa objeto de análisis cumpla una serie de condiciones. No obstante, el profesional se ve abocado en el mundo real a diversos problemas cuando se le solicita la evaluación de un programa. Las dificultades obedecen a que, con poca frecuencia, las iniciativas sociales ni se planifican, ni se diseñan, implementan y ejecutan de manera sistemática y organizada. En muchos otros casos, las intervenciones sociales se ponen en marcha (por decisiones políticas e incluso presupuestarias) sin que exista una planificación previa, en especial en lo que tiene que ver con el análisis de las necesidades de la población que se ve afectada por un determinado problema. Así, podríamos encontrarnos con programas que no son pertinentes, es decir, que no responden a necesidades previamente identificadas.

Es así como, en muchas ocasiones, el evaluador se enfrenta a la exigencia de evaluar programas sobre los que no existe documentación, o de los que no se cuenta con información suficiente y de calidad. Tampoco es raro encontrar programas que carecen de una definición clara del problema que atienden, de las necesidades que pretenden satisfacer y de los objetivos que persiguen, razón por la cual proveen poca dirección a quienes se encargan de su implementación. Otras intervenciones se ejecutan sin haber sido especificadas formalmente, o se diseñan sin tener en cuenta referentes teóricos o empíricos que articulen el problema, o sin concretar los objetivos y los diferentes componentes de la estrategia. Otra dificultad reside en que la evaluación raras veces se incluye como parte integral del ciclo de la intervención (Mathison, 2004; Wholey, 1987).

Desafortunadamente, en la práctica cotidiana estas deficiencias se detectan al intentar poner en marcha la evaluación del programa y sólo es posible evitarlo si se lleva a cabo, previamente, una evaluación de la evaluabilidad. La evaluación de la evaluabilidad consiste en examinar la estructura del programa para establecer en qué medida es susceptible de ser evaluada su efectividad. La evaluación de la evaluabilidad también permite determinar qué ajustes se le deben realizar al proceso de planificación a fin de que la intervención consiga los objetivos que se persiguen y asegurar que sus resultados sean evaluables en el futuro.

Ahora bien, aunque la información que se deriva de la evaluación de la evaluabilidad puede ser útil para los responsables de las decisiones políticas, rara vez los evaluadores y los gestores de los programas divulgan los resultados de evaluaciones desfavorables. Algunas de las razones que explican la baja publicación de este tipo de evaluaciones se pueden encontrar en Mathison (2004). Por esta razón, el propósito de este capítulo es compartir los resultados de la evaluación de la evaluabilidad del programa «La Casa» (PLC) que se llevó a

cabo durante el primer semestre del año 2001 con la colaboración de Hilda Gámbara y José Manuel Hernández, de la Universidad Autónoma de Madrid. Se espera que la publicación de esta experiencia sea útil para otros evaluadores y, especialmente, para quienes están tomando decisiones relacionadas con problemas e iniciativas similares.

1. EL PROGRAMA «LA CASA» (PLC)

El programa La Casa es, según Jiménez (1991, p. 19), «la experiencia de una extensión universitaria». Su origen se remonta al año 1986, cuando para responder a los requerimientos de la Ley 30² se pone en marcha una estrategia de intervención telefónica denominada *Línea Directa 86*. «El servicio surgió como la primera alternativa y la más fácil de desarrollar estratégicamente» (Jiménez, 1991, p. 19) para abordar el problema del uso y el abuso de sustancias psicoactivas (SPA). La *Línea Directa 86* se propuso como un «medio de obtener resultados inmediatos para justificar cualquier tipo de esfuerzo que fuese posible generar en cuanto al problema de las drogas [que en ese momento era] poco o nada reconocido» (Jiménez, 1991, p. 19) en Colombia. A partir de la sistematización y análisis de los datos recopilados en los registros de las llamadas recibidas en los primeros meses de trabajo, se consideró necesario crear el «Programa La Casa» (PLC), un centro con proyectos y servicios más integrales entre los cuales se propusieron la asistencia terapéutica y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas a nivel comunitario.

Las necesidades identificadas a partir de la demanda del servicio telefónico sirvieron de justificación para establecer que el PLC era el centro responsable de organizar, administrar y desarrollar cuatro áreas principales de trabajo: El Servicio Telefónico, la Prevención, la Intervención Terapéutica y la Investigación. Desde 1987, el PLC entró nominalmente a formar parte de las unidades académicas de la Universidad, pero funcionaba como una entidad con una estructura técnica y administrativa independiente y autónoma similar a la de una Organización No Gubernamental (ONG) (Jiménez, 1991). En 1991, dentro de las problemáticas a trabajar, se incluyeron dos nuevos temas socialmente relevantes, VIH/SIDA y suicidio. En 1998 los problemas económicos que venía atravesando el PLC lo obligaron a abandonar la sede que había ocupado durante diez años. Esta decisión significó el cierre definitivo de los servicios de tratamiento y la suspensión temporal del servicio de ayuda telefónica, el cual se reanudó en el año 2000. En enero de 2001 las directivas de la Universidad definen que el PLC debe ser sometido a evaluación para conocer su situación y tomar decisiones acerca de su futuro.

2. EL CONTEXTO SOCIAL EN LA IMPLANTACIÓN DEL PLC

El programa «La Casa» estaba integrado por un conjunto de subprogramas cuya población diana estaba conformada, principalmente, por los habitantes de Bogotá. Las diversas acciones que se proponían en el marco de cada uno de estos subprogramas no estaban vinculadas, de forma específica y concreta, a políticas de orden nacional o local, aunque respondían indudablemente a las políticas nacionales e internacionales en el campo de la salud y, más específicamente, a aquellas que hacían referencia al control del consumo o a la demanda de sustancias psicoactivas. La mayor parte de las acciones eran ejecutadas por profesionales, generalmente psicólogos.

² La Ley 30 de enero 31 de 1986, por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes en Colombia, establece que las Instituciones universitarias públicas y privadas incluirán en sus programas académicos el servicio obligatorio gratuito de consultorios clínicos para la atención de farmacodependientes (art. 12).

gos, y en el caso de las líneas de atención telefónica, hasta diciembre del 2000, se vinculaban estudiantes universitarios (principalmente de Psicología) como voluntarios.

Como ya se mencionó, durante sus quince años de funcionamiento la estructura administrativa y funcional del programa «La Casa» se transformó en tres ocasiones como consecuencia de los cambios en el contexto de la Universidad. Estos cambios administrativos de funcionamiento se tuvieron en cuenta en el proceso de evaluación para definir tres momentos o períodos objeto de análisis: 1986 a 1991, 1992 a 1998, 1999 a 2001.

3. EVALUACIÓN DE LA EVALUABILIDAD DEL PLC

En el Capítulo 15 planteamos que la evaluación en el contexto del ciclo de la intervención permite el mejoramiento de los programas que se implementan en los distintos ámbitos sociales. Esta afirmación puede hacer pensar al lector que, por un lado, siempre es apropiado atender la solicitud de una evaluación y, por otro, que todos los programas son evaluables. Todo ello con las excepciones de rigor. Cuando los responsables de la toma de decisiones están interesados en su mejoramiento pero no tienen claridad respecto a los criterios para evaluar el programa, se recomienda que antes de implicarse en la evaluación el profesional dedique un tiempo a conocer si el programa es evaluable, tomar contacto con las personas involucradas en su diseño e implementación y familiarizarse el contexto en el que se desarrolla. Es decir, el profesional debe realizar la evaluación de la evaluabilidad del programa.

La evaluación de la evaluabilidad es un proceso que facilita a los evaluadores (Chen, 2005; Wholey, 2004): *a)* identificar si el diseño del programa cumple con las condiciones requeridas para que la evaluación tenga como resultado la mejora del mismo; *b)* determinar si la evaluación que se le solicita va a ser útil y factible; *c)* precisar cuál es la información que interesa a quienes solicitan la evaluación y cuáles son los medios requeridos para satisfacer esta demanda, y *d)* establecer si el proceso va a favorecer el aprendizaje de habilidades de planificación y evaluación en los individuos y en los grupos involucrados.

De acuerdo con Wholey (1987) hay cuatro áreas problemáticas que dificultan o entorpecen la evaluación y que, por lo tanto, justifican llevar a cabo una evaluación de la evaluabilidad, a saber: *a)* falta de definición del problema abordado, del programa implantado, de los resultados previstos o de los objetivos esperados; *b)* falta de una lógica clara en las asunciones de partida del programa y de las relaciones entre acciones y resultados esperados; *c)* ausencia de establecimiento de prioridades en la evaluación, y *d)* falta de claridad en la forma como serán utilizados los resultados de la evaluación en el futuro. En el caso del PLC, en la primera fase de familiarización con el programa se logró establecer deficiencias en todas estas áreas pero particularmente en las tres primeras. Por esta razón se decidió iniciar el proceso de evaluación examinando la evaluabilidad del programa.

Adicionalmente, Wholey (2004) define las condiciones que debe reunir el diseño de un programa para que la evaluación tenga como resultado su mejoría. En la columna de la izquierda del Cuadro 19.1 se sintetizan las condiciones que se tuvieron en consideración como criterios de calidad en el proceso de evaluación de la evaluabilidad del PLC. En los siguientes apartados se presentará evidencia de las implicaciones que tiene el incumplimiento de estas condiciones para el proceso de evaluación; éstas se resumen en la columna de la derecha.

3.1. Objetivos de la evaluación de la evaluabilidad del PLC

La evaluación de la evaluabilidad tenía como propósito determinar si el PLC cumplía las condiciones que se requieren para que un proceso de evaluación aporte información útil para la toma de decisiones conducente al me-

CUADRO 19.1. CONDICIONES QUE SATISFACEN LOS PROGRAMAS EVALUABLES E IMPLICACIONES DE SU INCUMPLIMIENTO PARA EL PROCESO DE EVALUACIÓN (Adaptado de Wholey, 2004)

CONDICIONES	IMPLICACIONES DEL INCUMPLIMIENTO
Los propósitos y objetivos del programa están claramente definidos.	Los implicados en el programa no están de acuerdo en los objetivos que persigue el programa.
Los propósitos y objetivos del programa son plausibles; es decir, factibles de lograr.	No hay evidencia teórica ni empírica de que las actividades del programa permitan alcanzar los objetivos que persigue. Hay evidencia de que el modelo teórico que fundamenta el programa es inadecuado para alcanzar los objetivos. Las actividades del programa no son suficientes para lograr los resultados que se persiguen. Los operadores del programa no cuentan con las habilidades y recursos requeridos para lograr sus objetivos.
Los objetivos del programa son evaluables.	No es posible establecer criterios o indicadores de cumplimiento de los objetivos.
Se tienen claramente establecidos los mecanismos de evaluación del programa.	No hay información sobre las actividades del programa y los datos disponibles no permiten verificar el cumplimiento de los objetivos. Los implicados en el programa no coinciden en los objetivos de la evaluación y en el uso que se le va a dar a la información para tomar decisiones sobre el futuro del programa.

joramiento del programa. Para lograr este propósito se definieron los siguientes objetivos específicos de la evaluación de la evaluabilidad:

1. Clarificar el modelo teórico del programa.
2. Analizar si la forma como estaba siendo implementado el programa se ajustaba al modelo teórico y, por consiguiente, era posible que se estuvieran alcanzando los objetivos planificados.
3. Determinar si la calidad con la que se había realizado el proceso de planificación e implementación del PLC permitía adelantar un proceso de evaluación de resultados y, además, establecer las barreras que existían para llevar a cabo la evaluación.

Para cumplir con estos objetivos del proceso evaluativo se utilizaron diferentes fuentes de información: se consultó la documentación sobre el programa disponible en los archivos institucionales, se realizaron entrevistas abiertas con los implicados en el programa, se realizaron observaciones directas de las actividades del programa y se aplicó el «Listado de Cuestiones Relevantes en Evaluación de Programas» —LCREP— a los responsables de su dirección y administración (Fernández-Ballesteros y Hernández, 1995). En los siguientes apartados se describen los resultados del proceso en función de los objetivos planteados arriba.

3.2. Modelo teórico del PCL

El modelo teórico de un programa describe los factores determinantes del problema o de la situación que se pretende modificar y los principios que relacionan los objetivos de la intervención con los componentes, las

actividades y los recursos del programa (Chen, 2005). Por esta razón, en la primera fase del proceso de evaluación se procuró identificar los supuestos básicos a partir de entrevistas con los responsables (administradores, gestores y operadores) y de la revisión de los documentos de archivo disponibles. De esta manera se identificaron los objetivos formales del PLC y las acciones que se habían definido para alcanzarlos que se sintetizan en el Cuadro 19.2.

CUADRO 19.2. OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PROGRAMA «LA CASA»

Objetivos		Acciones
General	Específicos	
Ofrecer alternativas de intervención preventiva, asistencial e investigativa en problemas socialmente relevantes como el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, infección por VIH/SIDA y suicidio.	Proporcionar información de fácil acceso a través del servicio telefónico.	Atención telefónica a personas que requieren información porque tienen problemas de consumo de SPA, VIH/SIDA y suicidio, o a sus familiares.
	Promover estilos de vida saludables encaminados a proveer a las comunidades de herramientas humanas, técnicas y operativas que les permitan de manera autónoma buscar respuestas adecuadas a las problemáticas desde su medio.	Realización de eventos de capacitación y formación con grupos a nivel escolar, organizacional o comunitario.
	Desarrollar estrategias de información y orientación que, a través de la gestión social y la dinamización y potenciación de las redes sociales e institucionales, generen el fortalecimiento de recursos y reduzcan el impacto que estos fenómenos producen en la población.	No se encontró información que permitiera establecer con claridad las acciones específicas para el logro de este objetivo.
	Realizar prevención secundaria y terciaria mediante el desarrollo de estrategias de tratamiento que se adapten tanto a la idiosincrasia de los consultantes colombianos como a sus condiciones de vida reales.	Tratamiento médico y psicológico ambulatorio.
	Contar con información adecuada y actualizada que permita elaborar materiales preventivos, desarrollar nuevas estrategias de intervención y modalidades de terapia, justificar la necesidad de los servicios del programa, obtener financiación y promover el estudio y la reflexión sobre distintos aspectos de las problemáticas atendidas.	Realización de investigaciones. Diseño y desarrollo de materiales de apoyo a acciones de prevención.

El análisis de estos objetivos formales se realizó teniendo como guía preguntas tales como ¿cuál es la situación o problema sobre el cual se pretende incidir con el programa? ¿Sobre qué determinantes de la situación va a incidir el programa? ¿Qué grupos de la población van a participar activamente en el programa? ¿Cómo se va a incidir sobre los determinantes del problema? ¿Qué resultados se van a alcanzar al incidir sobre los determinantes? ¿Qué necesidades se van a satisfacer con la intervención y cómo se van a satisfacer?

Este análisis reveló la dificultad que generaba para la evaluación la forma como habían sido definidos los objetivos del PLC. Se observó que los objetivos no cumplían con los requisitos necesarios para poder ser

evaluados (Fernández-Ballesteros, 1995): carecían de claridad y especificidad; eran difícilmente identificables, medibles, factibles y cuantificables; no estaban expresados temporalmente y no eran operativos. Se encontró que tanto el objetivo general como los objetivos específicos del programa eran de carácter instrumental. Es decir, como plantea Fernández-Ballesteros (1995), los objetivos nada tenían que ver con los cambios que se buscaba producir en la población como resultado de la intervención, sino que indicaban las acciones que se llevaban a cabo y, por lo tanto, se relacionaban con el hecho mismo de implantar el programa.

Si examinamos el objetivo general del PLC, que estaba definido en términos de «ofrecer diversas alternativas de intervención», encontramos que no indica nada sobre la situación ideal o estándar a la cual se pretende acercar la situación actual o el problema que se busca mejorar o modificar. Por si fuera poco, tampoco incluye dos componentes esenciales de los objetivos generales: *a*) quiénes son las personas implicadas en la situación (población sujeto, participantes o beneficiarios), y *b*) qué pretendemos cambiar como consecuencia del programa; es decir, no describe el resultado que se espera observar al final de la implementación de las acciones previstas.

Un objetivo definido de esta forma no ofrece ninguna directriz útil para definir la estrategia de intervención más apropiada, para concretar las actividades del programa y para identificar los grupos de población que deben beneficiarse de los servicios que se ofrecen. Estas implicaciones de un objetivo general inadecuadamente definido se pueden apreciar en la forma como están planteados los objetivos específicos.

De otra parte, los objetivos específicos se examinaron a la luz de los siguientes criterios: *a*) el resultado a alcanzar; *b*) las condiciones bajo las cuales va a ser observado el resultado; *c*) el criterio que se va a usar para determinar que el resultado se logró, y *d*) la población sujeto de la acción. A partir de este análisis se pudo concluir que los objetivos específicos no satisfacen los requisitos mínimos para que se les adjudique esta denominación. Por ejemplo, no especifican los pasos que deben darse para lograr el objetivo general; tampoco describen los cambios concretos que ocurrirán en la comunidad como resultado de su participación en el programa, y no están organizados jerárquicamente.

Las deficiencias en la definición de los objetivos del PLC tenían serias implicaciones en la evaluación del programa. Esto en razón de que cuando no existe un conjunto claro y consistente de objetivos es poco probable que se hayan definido actividades dirigidas a lograr los resultados que se persiguen y, en ese sentido, no es prudente invertir tiempo y recursos en una evaluación de los mismos. Más aún, cuando no hay claridad sobre los resultados que se persiguen, es muy poco probable que se puedan especificar los indicadores que permiten dar cuenta de los efectos que los distintos implicados en el programa aspiraban producir con la intervención.

Adicionalmente, el análisis de los objetivos del PLC permitió establecer que los objetivos específicos, aparentemente, eran más fácilmente evaluables dado que era posible determinar su cumplimiento mediante la cuantificación del número de usuarios del servicio telefónico, de eventos de formación en promoción y prevención organizados, y de materiales de prevención desarrollados. Si bien estos datos permitían hacer una evaluación «contable» del PLC en términos del grado en el que los recursos humanos, físicos y financieros se estaban destinando a la realización de las actividades propias del programa, no eran suficientes para establecer en qué medida dichas acciones habían permitido lograr los objetivos centrales del programa, a saber: «la promoción de la adopción de estilos de vida saludables» o «proveer a las comunidades de herramientas humanas, técnicas y operativas que les permitan buscar de manera autónoma respuestas adecuadas a las problemáticas de su medio».

Por otro lado, al examinar los objetivos del PLC se evidenció la falta de definiciones conceptuales y operativas sobre lo que las personas responsables del programa entendían por «gestión social», «dinamización y potenciación de redes sociales e institucionales», así como sobre cuáles eran los recursos que pretendían fortalecer. La falta de claridad conceptual constituía un obstáculo más para establecer criterios claros para la evaluación de resultados. Tampoco se encontró un planteamiento concreto acerca de cuáles eran los fenómenos sobre los que pretendía incidir el PLC y sobre cuál de estos fenómenos era esperable que surtieran efecto las acciones del programa. Respecto a la prevención secundaria y terciaria que se ofrecía en el PLC no se disponía de datos de la intervención que dieran cuenta de las nuevas estrategias y modalidades de terapia que se desarrollaron y de sus resultados.

Por último, al examinar cuidadosamente las actividades propuestas para el cumplimiento de los objetivos del PLC se encontró que se trataba de un conjunto de acciones poco definidas que no estaban descritas pormenorizadamente, y que no se habían definido de manera articulada en función de una estrategia previamente identificada para lograr el propósito del programa. Esta situación revelaba que el PLC no era el resultado de un proceso riguroso y sistemático de planificación, y en ese sentido era poco probable que sus actividades tuvieran algún impacto en la población.

Concretamente, la revisión de documentos de archivo y las entrevistas con los responsables del programa evidenció que el PLC no contaba con un modelo teórico claro y explícito que describiera sus objetivos y los principios que los relacionaban con las acciones que se estaban llevando a cabo. La información recopilada y analizada en esta primera fase del proceso de evaluación permitió concluir que el programa no estaba suficientemente descrito y especificado; en ese sentido, no era oportuno realizar una evaluación de sus efectos. Cuando un programa como el PLC lleva a cabo múltiples actividades inconexas que no han sido planificadas en función de los objetivos que se persiguen y que, por lo tanto, no cuentan con un referente teórico o conceptual, es poco probable que se estén produciendo cambios favorables en las condiciones de vida de las personas y comunidades involucradas en la intervención.

3.3. El proceso de implementación

El segundo objetivo del proceso de evaluación de la evaluabilidad era determinar si la forma como estaba siendo implementado el programa se ajustaba al modelo teórico y, por consiguiente, si era posible que se estuvieran alcanzando los objetivos planificados. La fuente de información para este análisis fueron los documentos de archivo y los operadores del programa. Dado que la primera fase del proceso reveló que el PLC no contaba con un modelo teórico claramente definido, el análisis se centró en determinar si las acciones se estaban ejecutando tal como habían sido previstas; es decir, si se estaba dando cumplimiento a los objetivos instrumentales.

Se encontró que los subprogramas y las acciones del programa «La Casa» habían sido diversos y que con el paso del tiempo se habían ido reduciendo y ajustando a las demandas del entorno y a las circunstancias que imponían tanto las disposiciones administrativas de la Universidad como los recursos disponibles. La necesidad de recursos de financiación también había obligado al PLC a diversificar el tipo de proyectos que ejecutaba y las temáticas que abordaba. Esto, probablemente, obedecía también al hecho de que el PLC no contaba con una definición clara del problema sobre el que pretendía incidir, ni de los resultados que esperaba obtener; es decir, no había logrado definir el propósito de su quehacer.

Además, se estableció que el subprograma que había tenido una mayor continuidad en el tiempo era el del Servicio Telefónico; más en concreto, el que atendía a personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas y a sus familiares. A su vez, la existencia de este servicio era defendida por los gestores del programa como el principal medio de recolección de información para identificar las necesidades de la población y para justificar la pertinencia de los otros subprogramas que se implementaban. También resultó evidente que, de todos los subprogramas, el del servicio telefónico era el que tenía un objetivo más fácilmente evaluable mediante la cuantificación y caracterización de sus usuarios. Además, se consideró que la demanda del servicio telefónico podía ser un indicador del nivel de implantación del PLC y del conocimiento que tenían del mismo las comunidades que se habían beneficiado de las otras acciones de prevención que realizaba el programa.

Por todo ello se tomó la decisión de establecer el nivel de implantación del PLC a partir del análisis de la información disponible sobre el servicio telefónico. Esto fue debido, por una parte, a que el objetivo del subprograma de servicio telefónico era el que mejor cumplía con las características de concreción, claridad y especificidad que según Fernández-Ballesteros (1995) son deseables para la realización de una evaluación. Por otra, era el único subprograma que se encontraba funcionando cuando se solicitó la evaluación y del que se disponía de mayor información. En el Cuadro 19.3 se sintetizan los objetivos instrumentales de la línea telefó-

nica y los indicadores que se definieron para la valoración del nivel de implantación. Los tres primeros objetivos fueron identificados mediante la revisión de documentos de archivo; los otros dos fueron definidos durante el proceso de familiarización con el PLC a partir de entrevistas con los distintos implicados.

CUADRO 19.3. OBJETIVOS DEL SERVICIO TELEFÓNICO DEL PLC E INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN

Objetivos	Indicadores
Ofrecer atención y apoyo a personas involucradas directa o indirectamente con el consumo de SPA.	Características de la demanda del servicio: <ul style="list-style-type: none"> • Número de llamadas registradas mensualmente. • Número de llamadas registradas anualmente. • Número de usuarios de la línea.
Describir las características de los usuarios del servicio.	Tipo de usuario directo (persona que hace la llamada, que puede ser consumidor, familiar, amigo, otro). Tipo de familiar (padre/madre, hermano, cónyuge, hijo). Sexo del usuario (hombre o mujer).
Identificar el tipo de atención o información solicitada por los usuarios del servicio.	Número de llamadas de información general. Número de llamadas de información especializada. Número de llamadas de casos en crisis.
Establecer los cambios que experimenta el perfil de los consumidores de SPA.	Datos sociodemográficos de edad actual, sexo, nivel educativo (primaria, secundaria, técnica, universitaria), ocupación (estudia, trabaja, estudia y trabaja, otra sin especificar). Datos relacionados con el uso de la SPA: edad de inicio en el consumo, SPA de inicio, SPA consumida alguna vez en la vida, SPA consumida actualmente, historia de tratamientos previos.
Conocer el medio más efectivo para divulgar la difusión del servicio y favorecer su utilización.	Medio a través del cual los consultantes refieren haberse enterado del servicio: información personal a través de un familiar, amigo o conocido; radio, televisión, prensa, calcomanía, directorio telefónico.

El análisis de la información sobre el subprograma del Servicio Telefónico se centró en responder a las siguientes preguntas: *a)* ¿cómo había evolucionado la demanda del servicio desde que se inició?; *b)* ¿quiénes eran los usuarios del servicio?; *c)* ¿cuál era el tipo de atención o información que demandan los usuarios?; *d)* ¿cuál era el medio más efectivo para divulgar la disponibilidad del servicio telefónico y favorecer su utilización?, y *e)* ¿cómo de eficaces eran las remisiones que se hacían a las instituciones de tratamiento? Se asumió que al dar respuesta a estas preguntas se podía contar con evidencia sobre el nivel de implantación del PLC, lo cual contribuiría al proceso de toma de decisiones sobre su mejoramiento, sustitución o eliminación.

La información que arroja el análisis de este tipo de datos es muy útil en casos como el del PLC en el que la evaluación de la evaluabilidad ha ido identificando fallas importantes en el proceso de planificación, particularmente en un área clave como es la de los objetivos del programa. De acuerdo con los expertos en evaluación (por ejemplo, Chen, 2005), los programas que carecen de objetivos realistas, plausibles y claramente definidos presentan también deficiencias en el proceso de implementación. Los responsables de estos programas pueden tomar decisiones más acertadas sobre su futuro si en el proceso de evaluación de la evaluabilidad se les aporta información útil acerca de las necesidades específicas de la población que están atendiendo y sobre los medios más adecuados para satisfacerlas.

Los datos objeto de análisis se obtuvieron a partir de documentos de archivo recolectados por el programa en el curso normal de sus actividades al margen de apoyar las necesidades de una evaluación (véase Vargas,

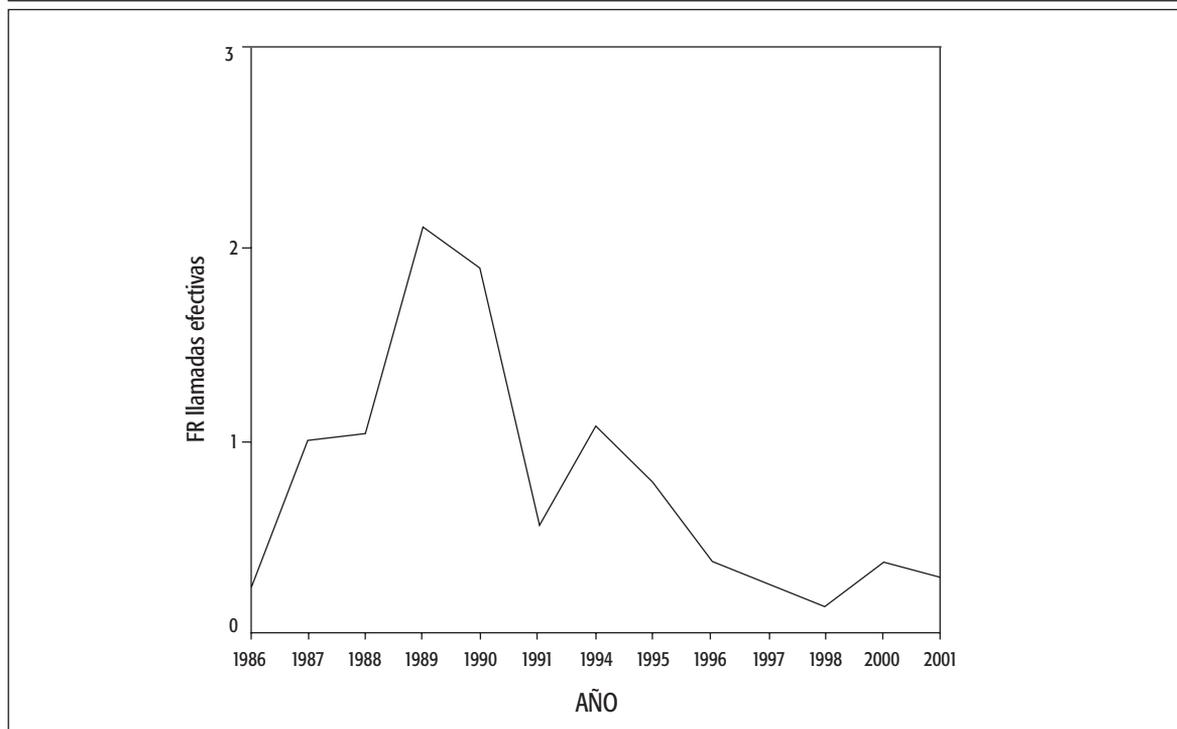
Gambara y Hernández, 2003). Es así como se utilizó la información consignada en un formato diseñado para registrar los datos relacionados con: *a*) mes y año en que se realizó la llamada; *b*) características de los usuarios del servicio: tipo de usuario directo (persona que hacía la llamada que podía ser consumidor, familiar, amigo, otro), tipo de familiar (padre/madre, hermano, cónyuge, hijo), sexo del usuario (hombre o mujer); *c*) tipo de servicio solicitado: información general, información especializada o intervención en crisis; *d*) características demográficas de los consumidores de sustancias: edad actual, sexo, nivel educativo (primaria, secundaria, técnica, universitaria), ocupación (estudiaba, trabajaba, estudiaba y trabajaba, otra sin especificar); *e*) características del consumo: edad de inicio de consumo, SPA de inicio, SPA consumida alguna vez en la vida, SPA consumida al momento de hacer la llamada, historia de tratamientos previos, y *f*) medio a través del cual los consultantes referían haberse enterado del servicio: información personal a través de un familiar, amigo o conocido; radio, televisión, prensa, calcomanía, directorio telefónico.

De esta manera se recuperaron y organizaron los documentos de archivo disponibles desde octubre de 1986 hasta junio de 2001. En el análisis no se incluyó la información correspondiente a los años 1992 y 1993 porque en el archivo no se encontraron registros de este período. En total se analizaron los datos de 8425 llamadas efectivas, entendiendo por tales aquellas que hacían referencia a problemas o aspectos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Las llamadas fueron registradas en un total de 114 meses distribuidos en 13 años. De ellas, 5697 (el 69,6 por ciento) correspondían al primer período, el comprendido entre 1986 y 1991; 2178 (25,9 por ciento) pertenecían al segundo período (1994 a 1998), y 550 (6,5 por ciento) al tercero (2000 a 2001). Como ya se mencionó los períodos fueron definidos teniendo en cuenta los momentos en los que el PLC experimentó cambios en su estructura administrativa o funcional, y esto explica que la distribución de años por período sea desigual.

A partir de esta información se logró establecer un promedio mensual de 73,9 llamadas, siendo más alto para el primer período analizado (103 llamadas en 55 meses). En el segundo período se realizaron 44 llamadas en 49 meses. El promedio más bajo se registró en el año 2000 (34,20 llamadas en 7 meses), algo que no deja de llamar la atención en la medida en que en ese período el servicio se ofrecía a nivel nacional. En la Figura 19.1 se puede observar gráficamente la evolución de la demanda del servicio durante estos 13 años. Se evidencia un pico en la frecuencia relativa de las llamadas registradas durante los años 89 y 90 que corresponden al período en el que el PLC asesoró a la Alcaldía de Bogotá en el desarrollo del Plan Distrital de Prevención de Drogas, lo cual probablemente favoreció una mayor y mejor difusión de la disponibilidad del servicio, lo que se reflejó en su nivel de utilización. Estos datos indican un bajo nivel de implantación del PLC.

En términos generales, los resultados sobre la evolución de la demanda del servicio mostraron que ésta había descendido notablemente desde el año 1990. Se encontró que la mayor demanda se produjo mientras se divulgó masivamente su disponibilidad en el contexto del Plan Distrital de Prevención (1989-1990). Sobre la base del escaso número de llamadas que recibía el Servicio Telefónico del programa «La Casa», contrario a lo que ocurre en la mayor parte del mundo (Daigle y Mishara, 1995), se pudo inferir que no estaba satisfaciendo las inquietudes y necesidades de la comunidad. Desafortunadamente, como afirman de Anda y Smith (1993), el anonimato de los usuarios impidió contar con datos de seguimiento para determinar la efectividad del servicio que se les prestaba.

Siguiendo las recomendaciones de diferentes autores (Glasgow y Lando, 1993; Wellman, 1993; Windle y Miller-Tutzauer, 1991; de Anda y Smith, 1993) se analizó la información disponible sobre las llamadas y las características de los usuarios. Los resultados de este análisis permitieron identificar algunos de los factores que se relacionaban con la demanda del servicio. Es así como consistentemente con lo reportado por Bickis, Kelley y Byrnes (1995), por de Anda y Smith (1993), Wellman (1993), Glasgow y Lando (1993) y la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción – FAD (2000), se encontró que la demanda del servicio se relacionaba con factores demográficos tales como la edad, el sexo, el estado civil y la ocupación de los usuarios. Éstos eran principalmente mujeres, familiares de personas que consumían SPA, y el tipo de información que más solicitaban era especializada. Esta información era relevante para definir el perfil que debían tener los asesores telefónicos y los contenidos de la capacitación que se les debía ofrecer.

FIGURA 19.1. EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA DEL SERVICIO TELEFÓNICO AÑOS 1986-2001

Los datos indicaron, además, que la población de mayor riesgo para el consumo de SPA estaba constituida por hombres, adolescentes, estudiantes de secundaria y adultos jóvenes universitarios. Los resultados de la evaluación evidenciaron también que era necesario tener en cuenta como beneficiarias de los programas de prevención de consumo de sustancias psicoactivas a las mujeres, especialmente a las madres de adolescentes; ellas, indicaron los datos, eran las principales usuarias de los servicios y, probablemente, constituían una figura de apoyo relevante para las personas que consumían sustancias.

Con respecto al medio de comunicación más efectivo para divulgar el servicio se encontró que la mayoría de los usuarios reportó haberse enterado de su existencia a través del directorio telefónico. Los resultados mostraron que la falta de seguimiento y evaluación de las actividades del programa no permitió establecer, de manera oportuna, el impacto negativo que tuvo en la demanda el dejar de contratar el aviso en el directorio telefónico. Esta información, por supuesto, tampoco se tuvo en cuenta cuando se amplió el servicio a nivel nacional en el año 2000. Este resultado mostró la necesidad de que a los servicios telefónicos que funcionan con base en la demanda se les garantice la divulgación de su disponibilidad a través de los medios que son más eficientes. En este caso, por ejemplo, la evaluación reveló que el directorio telefónico es una fuente de consulta relevante, probablemente porque permite que la persona que se enfrenta a un problema obtenga la información sobre los servicios de apoyo de manera anónima e inmediata, lo cual no ocurre con otras estrategias de divulgación más costosas como los carteles, los folletos o los anuncios radiales.

Los análisis también permitieron establecer que las diferencias observadas en las frecuencias relativas correspondientes a cada una de las variables consideradas en la evaluación estaban relacionadas significativamente con la etapa del programa en la cual fueron registrados los datos. Estos resultados señalaron la importancia de

que este tipo de servicios de apoyo social cuente con sistemas de información que recojan, de forma estable y rigurosa, los datos de sus usuarios y las acciones del programa a lo largo del tiempo. Esta información es indispensable para «aumentar la racionalidad en la toma de decisiones, identificando problemas, seleccionando alternativas de solución, previendo –dentro de lo posible– sus consecuencias, y haciendo que se optimice la utilización de los recursos disponibles» (Cohen y Franco, 1992, p. 289).

3.4. Dimensiones de calidad del PLC y barreras para la evaluación

Para determinar si la calidad con la que se había realizado el proceso de planificación e implementación del PLC permitía adelantar un proceso de evaluación de resultados y establecer además las barreras que existían para llevar a cabo la evaluación, se aplicó el «Listado de Cuestiones Relevantes para la Evaluación de Programas»-L.C.R.E.P (Fernández-Ballesteros y Hernández, 1995). El cuestionario evalúa 12 dimensiones relacionadas con la calidad de los programas y las barreras que existen para llevar a cabo la evaluación, y fue cumplimentado por las personas que en ese momento se encontraban a cargo del PLC.

Los resultados de esta fase revelaron que la percepción de la evaluabilidad variaba dependiendo del nivel de responsabilidad de la persona en el programa, del tipo de contacto y experiencia con cada uno de sus componentes, y del grado de implicación con el mismo. La media de evaluabilidad fue de 27,25, siendo la puntuación máxima posible de 53. La puntuación más alta fue de 41 y la más baja de 18. Esta diferencia en la apreciación de la evaluabilidad del PLC por parte de los diferentes implicados pudo ser el resultado del conocimiento que cada uno tenía del programa.

En el Cuadro 19.4 se presenta el índice de evaluabilidad de cada dimensión examinada. Se observa que las dimensiones que obtuvieron una menor calificación corresponden a la definición de objetivos ($M = 1,75$), el grado de implantación del programa ($M = 0,75$) y el diseño de evaluación ($M = 1,00$). Estas son áreas cruciales para poder adelantar un proceso de evaluación. Paradójicamente, las dimensiones de calidad mejor evaluadas corresponden a la evaluación de necesidades (4) y a la selección del programa (4,25). Los resultados de los análisis que se sintetizaron en los apartados precedentes indican que esta valoración no es precisa.

Con respecto a la evaluación de necesidades, la información que arrojó el análisis de documentos de archivo y las entrevistas con los responsables del PLC evidenció que esta no se llevó a cabo de forma rigurosa y sistemática. Como ya se mencionó, el programa no se diseñó a partir de un verdadero análisis de necesidades sino que surgió en respuesta a los requerimientos de la Ley 30 (necesidad normativa); los servicios que se ofrecían se fueron creando en función de los intereses particulares de los gestores del programa y de la disponibilidad de recursos existentes en el medio. Además, en estos procesos de toma de decisiones no se tuvieron en cuenta los datos que proporcionaban los registros de la demanda del servicio telefónico que se sintetizaron arriba (necesidades expresadas).

La selección del programa tampoco fue el producto de un proceso de planificación metódico. De acuerdo con la información disponible, en el diseño del PLC no se consideraron datos sobre la eficacia y validez de este tipo de intervenciones en otros contextos. Si bien al momento de hacer la evaluación los gestores y operadores del PLC tenían conocimiento de otras experiencias similares, éstas no fueron un insumo para la toma de decisiones sobre la intervención.

Lo anterior significa que las inconsistencias observadas entre los resultados del LCREP y los datos que se obtuvieron a partir del análisis de documentos y de las entrevistas a informantes clave obedecen a que los responsables del programa realizaron la valoración de los distintos criterios partiendo de la situación del PLC al momento de diligenciar el instrumento. Esto explica también el hecho de que uno de los aspectos peor evaluados haya sido el del grado de implantación del PLC. Aunque el PLC se ha implantado, la evaluación de la evaluabilidad coincidió con el cierre definitivo de varios de los servicios que se ofrecieron durante los 15 años de funcionamiento del programa.

CUADRO 19.4. ÍNDICE DE EVALUABILIDAD POR DIMENSIÓN DE CALIDAD

Dimensión	Puntuación máxima esperada	Puntuación mínima otorgada	Puntuación máxima otorgada	Media	DT
<i>Calidad del proceso de planificación e implantación</i>					
Evaluación Necesidades	6	2	6	4	1,82
Definición Objetivos	4	1	2	1,75	0,5
Selección Programa	6	2	6	4,25	2,06
Definición Programa	4	0	4	2	1,63
Grado Implantación	5	0	3	0,75	1,50
Diseño de Evaluación	5	1	1	1	0
Operaciones a Observar	4	1	4	2	1,41
<i>Barreras</i>					
Aceptabilidad Evaluación	5	1	5	2,75	2,06
Implicación del evaluador	3	2	3	2,25	0,5
Finalidad de la Evaluación	4	2	2	2	0
Coste de la Evaluación	4	0	4	2,25	1,70
Información del Contexto	3	2	3	2,25	0,5
Total	53	18	41	27,25	10,56

Adicionalmente, el estudio de viabilidad permitió identificar algunas de las barreras para la evaluación del PLC. La principal surgía de la falta de especificidad con la que estaba descrito el programa. Esta dificultad se sumaba a los inconvenientes que se tuvieron que enfrentar en la consecución de los datos de archivo y de la información pertinente para adelantar el proceso, dado que parte de la información se encontraba en poder de personas que ya no estaban vinculadas a la Universidad o en los archivos personales de quienes se encargaron de ejecutar los proyectos. Además, el archivo institucional se encontró incompleto y desorganizado.

Otra dificultad para la evaluación se relacionaba con la aceptabilidad de la misma por parte de las personas que habían estado implicadas en la creación y dirección del programa. Las personas que se encontraban vinculadas al PLC hasta enero del 2001 percibían que la evaluación podía poner en entredicho su competencia profesional y, en ese sentido, no estaban dispuestas a colaborar en un proceso que, desde su perspectiva, resultaba amenazante.

Por todo lo anterior, se propuso a los responsables de la toma de decisiones respecto al programa tener en consideración los resultados del proceso de evaluación de la evaluabilidad para implementar correctivos, principalmente en las dimensiones que se identificaron como más deficitarias para asegurar así que el PLC pudiera ser evaluable en un futuro.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El propósito de este capítulo ha sido divulgar una experiencia de evaluación de la evaluabilidad que puede ser útil para las personas interesadas en intervenir en problemas socialmente relevantes. Como se deduce de la

información que se acaba de presentar, al final del proceso de evaluación se pudo concluir que, tal como estaba definido el PLC, no podía considerarse un programa en el sentido estricto del término, es decir: «un conjunto especificado de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implantados organizadamente en una determinada realidad social, con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas» (Fernández-Ballesteros, 1995, p. 62). Por el contrario, se le había dado este nombre a una serie de acciones, poco especificadas, que no habían sido diseñadas y aplicadas a un conjunto de personas previamente definido como población objetivo.

Durante la evaluación de la evaluabilidad se hicieron evidentes las implicaciones de que el PLC no hubiera sido el resultado de un proceso sistemático y riguroso de planificación. Se observó que la mayoría de las iniciativas y proyectos no tenían articulación teórica y metodológica, lo cual estaba relacionado con la falta de definición y claridad de los objetivos y de las actividades. Esta carencia de un marco de referencia teórico claramente definido no sólo había afectado a la definición de las estrategias más adecuadas para intervenir sobre los problemas de interés para el PLC (el consumo de sustancias psicoactivas, la infección por VIH/SIDA y el suicidio) y el diseño de las actividades conducentes al logro de los objetivos, sino que impedía la realización de una evaluación de resultados e impacto del programa.

Un aspecto preocupante es que la evaluación no fue considerada como parte integral del ciclo de la intervención. Los pocos intentos que se habían realizado en este sentido consistían en evaluaciones parciales de objetivos instrumentales que sólo daban cuenta del cumplimiento de tareas y de la ejecución presupuestal. Otra deficiencia importante se refiere a la carencia de sistemas de información que recogieran, de forma estable y rigurosa, las actividades que se desarrollaban y de la que en muchos casos no se conservó la documentación que se produjo. Esta información es indispensable para la evaluación y mejora de los programas y para favorecer su replicación.

La evaluación también permitió observar que las intervenciones se concretaron en actividades aisladas, adoleciendo de continuidad y basándose fundamentalmente en proyectos que, en la mayoría de los casos, no se retomaron en etapas posteriores. Esta falta de articulación puede explicar, en parte, la baja demanda que se observó en el servicio telefónico; dicha demanda se tomó como un indicador de su grado de posicionamiento en el medio. Parece que la línea telefónica se convirtió en una acción por sí misma, separada de las otras acciones del programa, en lugar de ser un componente más de una estrategia de prevención. Además, los datos disponibles sobre las actividades del PLC no permitían establecer relaciones entre las actuaciones del programa en materia de prevención, la evolución de la demanda del servicio y los datos de consumo.

En el Cuadro 19.5 se resumen algunas de las implicaciones de la falta de evaluación para el desarrollo del conocimiento en el campo de la intervención psicosocial. En el caso del PLC, a partir de los pocos datos que se lograron recabar en el proceso de evaluación de la evaluabilidad, era difícil establecer objetivamente si se habían conseguido los objetivos que perseguía con los diferentes proyectos. Los datos disponibles sobre las actividades ejecutadas y los registros de la demanda del servicio telefónico no eran suficientes para dar cuenta de los efectos del programa. En este punto hay que tener en cuenta la dificultad que representa evaluar intervenciones a nivel comunitario, y el hecho de que los proyectos del PLC no se ejecutaron con la idea de evaluarlos de manera rigurosa y sistemática.

A pesar de que en las conversaciones sostenidas con los responsables del programa se enfatizaba que la fortaleza del programa radicaba en que a partir del ensayo y de las reflexiones constantes habían logrado consolidar un cuerpo de conocimientos teórico-práctico en el tema de la prevención, sobre todo en el campo de las drogas, durante la evaluación no se encontró información documental sobre este resultado. De los pocos materiales de apoyo disponibles no se obtuvo evidencia empírica de su validación.

El análisis de los documentos de archivo reflejó que el volumen de producción editorial sobre el programa y su propuesta de prevención era escaso, probablemente porque la necesidad de conseguir recursos no le había permitido al equipo de profesionales contar con tiempo suficiente para sistematizar, decantar y divulgar los resultados de sus experiencias.

En el diseño y puesta en práctica de los proyectos no se observó una evolución de sus planteamientos y la depuración de las intervenciones, lo cual es preocupante en la medida que actualmente se reconoce que una intervención mal planteada no solamente puede resultar ineficaz, sino que puede generar efectos indeseables.

Aunque en la mayoría de los proyectos se planteaba como fase inicial del proceso el diagnóstico de necesidades, los objetivos de las intervenciones no estaban bien definidos o eran transcritos de un programa a otro sin hacer referencia a los destinatarios y a sus necesidades concretas.

Las escasas evaluaciones que se habían realizado a algunas actividades del programa se referían básicamente a aspectos de la implementación de las acciones, y ello solamente permitía constatar la ejecución de las tareas o la satisfacción de los participantes con su realización. Las evaluaciones de eficacia o impacto eran inexistentes.

CUADRO 19.5. ALGUNAS IMPLICACIONES DE LA FALTA DE EVALUACIÓN PARA EL DESARROLLO DEL CONOCIMIENTO EN EL CAMPO DE LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

1. Imposibilita demostrar la eficacia de la intervención.
2. Impide replicación de la experiencia en contextos similares.
3. Frena depuración y evolución de los planteamientos teóricos que sustentan la intervención.
4. Restringe tomar decisiones informadas para el mejoramiento del programa.
5. Limita oportunidades de incluir en las intervenciones psicosociales estrategias que han demostrado ser más eficaces.
6. Obstaculiza consolidar un cuerpo de conocimientos sólido en el campo de la intervención psicosocial.

En síntesis, la evaluación de la evaluabilidad reveló que con el PLC ocurrió probablemente lo que plantean Scheid y Greenley (1997) que suele suceder con muchas organizaciones: que a fin de mantener su legitimidad tratan de responder a múltiples problemas, expectativas y necesidades y realizan un creciente incremento en los proyectos, lo que conduce a una mayor complejidad en la estructura de la organización y, por consiguiente, a la necesidad de contar con un equipo más amplio y variado de profesionales expertos en diferentes temas y a un menor nivel de acuerdo sobre las metas y objetivos de la organización y de cada uno de los proyectos.

Estos resultados sugieren que las decisiones políticas referidas al PLC no se realizaron tomando en consideración la evidencia que arrojan los procesos evaluativos, y que la intervención respondía a un problema analizado exhaustivamente previamente a su diseño. Los problemas para la evaluación de programas que se ilustran en este caso revelan que quienes asumimos el reto de trabajar en el campo de la intervención psicosocial debemos dedicar tiempo al proceso de planificación basado en un proceso continuo de evaluación. El caso del PLC que presentamos en este capítulo ilustra las consecuencias que tiene obviar de manera habitual la planificación rigurosa de los programas de intervención psicosocial.

Lo anterior obedece a que durante la formación profesional pocas veces se nos forma para la planificación científica de programas y al hecho de que con frecuencia las organizaciones tienden a asumir un modelo de administración reactivo, de respuesta a la demanda, no proactivo. En este modelo organizacional el tiempo constituye siempre un obstáculo: se pide a los colaboradores que presenten propuestas en plazos muy cortos, que muestren que están haciendo algo, que aporten evidencia de que están ejecutando el presupuesto que les fue asignado y que están respondiendo a las situaciones que se perciben como urgentes, aunque lo urgente no siempre es lo más importante. La evaluación de la evaluabilidad del PLC ejemplifica claramente que el tiempo que las organizaciones ahorran cuando no hacen las cosas de manera sistemática lo pierden en el proceso de implementación y de evaluación porque no se anticipan los problemas que van a surgir en el futuro y porque los resultados no permiten defender y justificar sus acciones.

Los resultados de la evaluación de la evaluabilidad del PLC que se sintetizan en el Cuadro 19.6 muestran lo importante que resulta dedicar tiempo a tareas tales como: *a)* establecer el problema sobre el que se pretende intervenir y su justificación; *b)* definir qué objetivos y metas se planea alcanzar; *c)* documentar teórica y empíricamente la intervención; *d)* especificar y organizar las actividades y acciones que permitirán alcanzar los objetivos propuestos, y finalmente *e)* implementar el programa tal como ha sido diseñado, manteniendo un registro sistemático del proceso a fin de garantizar su evaluación. Cuando los programas se planifican de manera rigurosa, es factible adelantar procesos de evaluación que arrojen información útil para mejorar la conceptualización de los programas, al mismo tiempo que contribuye al desarrollo y la validación de la teoría que los sustenta. Sólo así es posible contribuir a dotar de una base científica a los procesos de toma de decisiones políticas y a la planificación y evaluación de los programas de prevención psicosocial que se realizan en países como Colombia.

Por último, los resultados de la evaluación de la evaluabilidad del PLC apoyan la idea de que intervenir no significa limitarse a la acción por la acción; hay que trascender la mera experiencia práctica hacia una intervención más planificada, con mayor rigor metodológico y que sea permanentemente evaluada. Es necesario diferenciar aquellas actividades que tienen teóricamente una intencionalidad preventiva de acciones esporádicas y aquellas otras que son producto de la planificación y la sistematización cuidadosa y están sometidas a unos criterios preestablecidos, con una secuencia adecuada y unos procesos de evaluación claros.

CUADRO 19.6. SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS Y DE LAS RECOMENDACIONES DE LA EVALUACIÓN DE LA EVALUABILIDAD

RESULTADOS	RECOMENDACIONES
El PLC no reúne los criterios mínimos para ser denominado programa.	Especificar tanto las acciones que van a ser implantadas organizadamente en un contexto particular como los recursos requeridos con el propósito de prevenir el problema del consumo de sustancias psicoactivas.
Falta de definición y claridad de los objetivos.	Definir los objetivos del PLC en términos de lo que se desea lograr con la intervención. Los objetivos que se formulen deben ser claros, específicos, medibles, factibles, compatibles entre sí y jerarquizados temporalmente.
El PLC no cuenta con un marco de referencia teórico que oriente la definición de las estrategias más adecuadas para intervenir sobre los problemas de interés para el PLC.	Definir el marco lógico del PLC a fin de hacer evidente la teoría del cambio que fundamenta la intervención.
La evaluación no fue considerada como parte integral del ciclo de la intervención.	Incluir la evaluación en el proceso de planificación del PLC. Para ello es necesario definir las estrategias de evaluación pertinentes a cada una de las fases del ciclo de la intervención.
Falta de evolución y depuración de los planteamientos que fundamentan la intervención.	Generar sistemas de información que recojan, de forma estable y rigurosa, las actividades que se desarrolla a fin de: <i>a)</i> tomar decisiones tendentes al mejoramiento del programa; <i>b)</i> sistematizar, decantar y divulgar los resultados de las experiencias, y <i>c)</i> contribuir al desarrollo de conocimiento sobre la prevención de problemas socialmente relevantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bickis, M., Kelley, I. W. y Byrnes, G. F. (1995). Crisis calls and temporal and lunar variables: a comprehensive examination. *The Journal of Psychology*, 129, 701-716.
- Chen, H. T. (2005). *Program Evaluation: Assessing and Improving Planning, Implementation, and Effectiveness*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cohen, E. y Franco, R. (1992). *Evaluación de proyectos sociales*. Buenos Aires: GEL.
- Daigle, M. S. y Mishara, B. L. (1995). Intervention styles with suicidal callers at two suicide prevention centers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 261-275.
- De Anda, D. y Smith, M. A. (1993). Differences among adolescent, young adult, and adult callers suicide help lines. *Social Work*, 38, 421-428.
- Fernández-Ballesteros, R. (1995). *Evaluación de Programas. Una Guía Práctica en Ámbitos Sociales, Educativos y de Salud*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Fernández-Ballesteros, R. y Hernández, J. M. (1995). *Listado de Cuestiones Relevantes en Evaluación de Programa (LCREP)*. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.) *Evaluación de Programas. Una Guía Práctica en Ámbitos Sociales, Educativos y de Salud*. (Apéndice 1). Madrid: Síntesis Psicología.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción-FAD (2000). *Teléfono de información y orientación sobre drogas, Memoria 2000*. Madrid: Autor.
- Glasgow, R. E. y Lando, H. (1993) A stop-smoking telephone help line that nobody called. *American Journal of Public Health*, 83, 252-254.
- Jiménez, S. (1991) El programa la Casa: Perspectiva Global. En A. Pérez (Ed.). *Programa La Casa: Atención a la Comunidad en las Areas de Drogadicción, Sida y Suicidio* (p. 19-29). Bogotá: Programa La Casa.
- Mathison, S. (2004). *Encyclopedia of Evaluation*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Osigweh, C. A. B. (1986). Program evaluation and its «political» context. *Policy Studies Review*, 6, 90 – 98.
- Rocha, A. y Barreto, A. (1991) El teléfono como instrumento de orientación y apoyo. En A. Pérez (Ed.). *Programa La Casa: Atención a la Comunidad en las Areas de Drogadicción, Sida y Suicidio* (p. 237-243). Bogotá: Programa La Casa.
- Scheid, T. L. y Greenley, J. R. (1997) Evaluations of organizational effectiveness in mental health programs. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 4, 403-426.
- Vargas Trujillo, E., Gambara D'Errico, H. y Hernández, J. M. (2003). Evaluación de un servicio telefónico de información sobre el consumo de sustancias psicoactivas: Una experiencia Colombiana. *Revista Internacional de Psicología Clínica y Salud*, 3, 3, 633-644.
- Wellman, M. Ch. (1993) An AIDS hotline: Analysis of callers, presenting problems and social factors. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 11-124.
- Wholey, J. S. (2004). Evaluability assessment. En J. S. Wholey, H. P. Hatry, y K. E. Newcomer (Eds.), *Handbook of practical program evaluation* (33-61). San Francisco: Jossey-Bass.
- Windle, M. y Miller-Tutzauer, C. (1991) Adolescent perceptions of help-seeking resources for substance abuse. *Child Development*, 62, 179-190.

PARTE

V

La metodología cualitativa en la intervención psicosocial

Capítulo 20. De la investigación a la intervención psicosocial: la metodología cualitativa y su integración con la metodología cuantitativa
Jorge S. López y Bárbara Scandroglio.

De la investigación a la intervención psicosocial: la metodología cualitativa y su integración con la metodología cuantitativa

Jorge S. López
y Bárbara Scandroglio

Los creadores estaban satisfechos de que aquellos seres humanos pudieran hablar y expresar su gratitud, pero al mismo tiempo se asustaron un poco. Pero los creadores no deseaban destruir a aquellas criaturas perfectas que habían forjado. En vez de ello, decidieron cambiarlas sólo un poco... «bastó con que sus ojos fueran petrificados... velados como la superficie de un espejo con el aliento. Sus ojos se debilitaron. Ahora las cosas sólo eran claras cuando miraban de cerca». Así le dio al hombre la miopía permanente.
Freidle, Échele y Parker: El cosmos maya



COMPENDIO DEL CAPÍTULO

La investigación es un componente esencial del proceso de intervención psicosocial. Además de permitir su fundamentación y su evaluación, constituye, en sí misma, una potente herramienta para la transformación de la realidad social. Superando dicotomías estériles, el profesional de la intervención puede y debe integrar los recursos ofrecidos por la metodología cuantitativa y cualitativa para conseguir de forma más eficaz sus objetivos. Desde esta perspectiva de integración y profundizando, sobre todo, en el enfoque cualitativo, este capítulo desarrolla los siguientes contenidos:

1. Introducción
 2. Las bases epistemológicas de la metodología
 3. El proceso de investigación
 4. Estrategias de análisis cualitativo
-

1. INTRODUCCIÓN

La práctica de la Psicología ha enfrentado múltiples controversias y polarizaciones a lo largo de su historia: entre lo físico y lo espiritual, el individuo y la masa, la cientificidad y el autoconocimiento, la investigación y la intervención, etc. Sin embargo, cuando se persigue el ambicioso objetivo de aplicar los conocimientos para adecuar la intervención a la realidad psicosocial, estamos llamados a superar, integrándolas, estas dicotomías.

Nuestra eficacia a la hora de potenciar vías de transformación de los sistemas sociales depende esencialmente del conocimiento que tengamos de los factores psicosociales, las estructuras y las dinámicas específicas y peculiares de ese sistema. La intervención no podrá ser eficaz si no cuenta con un escurpulosos y amplio conocimiento de los fenómenos a los que se dirige. Conocimiento que, a su vez, proporciona aquellas directrices fundamentales a través de las cuales estructurar adecuadamente la propia intervención (véase Capítulo 1), evaluarla y convertirla, de forma recursiva, en un proceso investigador (véase Capítulo 15). De ahí, que la intervención vaya de la mano de la investigación; es más, la intervención se convierta también en investigación. Para que ello ocurra, tanto una como otra deben diseñarse de forma intencional, sistemática, flexible, compleja, interactiva e integradora.

Uno de los escollos que enfrenta la investigación es la arraigada controversia entre las perspectivas vinculadas a los métodos denominados *cuantitativos* y *cualitativos*. Ciertamente, el camino recorrido por los que abogan por un empleo conjunto de ambas perspectivas cuenta ya, al menos, con tres décadas de andadura. Sin embargo, muchos factores, que no son de índole metodológica y atienden más a prácticas de poder y de reconocimiento en el ámbito de las diversas disciplinas, han impedido que sus propuestas y logros puedan llegar al nivel de la formación básica y, de ahí, ascender hasta el quehacer de los procesos de investigación y aplicación de resultados.

En este capítulo nos proponemos ofrecer herramientas operativas para el desarrollo de procesos de investigación que permitan cimentar y optimizar la intervención psicosocial. De acuerdo con Cook y Reichardt (1986, p. 52), ello supone afrontar el reto de adaptar sin mezquindades los métodos de la investigación a los problemas con los que se topa el profesional.

CUADRO 20.1. RELACIÓN ENTRE INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN

La investigación es un elemento esencial del proceso de intervención psicosocial dado que:

- Permite conocer la dimensión y características de los diferentes fenómenos y problemas sociales sobre los que se debe intervenir, orientando la definición de las prioridades y los recursos para la intervención.
- Ayuda a comprender y explicar los factores que favorecen o evitan la aparición de los problemas sociales, fundamentando las técnicas de intervención que deberán aplicarse para prevenirlos o actuar sobre ellos.
- Permite conocer y problematizar la percepción que mantienen los destinatarios de las acciones sobre sus necesidades, así como conocer su opinión sobre las estrategias y recursos más adecuados para hacer frente a ellas, ayudando a jerarquizar los objetivos de la intervención y fundamentando la elaboración de programas efectivos
- Representa, en sí misma, una modalidad de intervención, pues tanto el auto-conocimiento de personas, grupos y comunidades como la comprensión de los factores que condicionan su situación son elementos activadores de la transformación social.
- Permite evaluar las acciones sociales en sus diferentes fases de diseño, implantación, desarrollo, así como contrastar su eficacia y eficiencia, orientando el propio proceso de intervención y fundamentando el desarrollo de otras acciones en el futuro.

2. LAS BASES EPISTEMOLÓGICAS DE LA METODOLOGÍA

Está en camino de convertirse en un lugar común la consideración de que nuestra relación con el mundo es por naturaleza mediada. Así, por ejemplo, podemos percibir solamente la luz que cae en un espectro muy reducido de longitud de onda, nuestro pensamiento depende en buena medida del lenguaje que hemos aprendido o lo que nos gusta se acopla en buena medida a lo que nuestra comunidad valora positivamente. Estos son tres ejemplos de «filtros» que median nuestra experiencia y que, además, le proporcionan una determinada organización susceptible de convertirse en el significado mismo que otorgamos a la experiencia en sí. Que nuestra experiencia con el mundo sea mediada, supone también que los atributos y características de lo que llegamos a percibir o conocer se construyen a partir de los medios o, una vez más, «filtros» a través de los cuales es captado. Las formaciones rocosas de un cañón pueden llegar a ser un objeto esencialmente distinto dependiendo de si son contempladas por un excursionista o por un geólogo: el segundo se percatará de elementos que pasan desapercibidos, a los ojos de un profano, tales como la composición de las rocas y su época de formación atendiendo, por ejemplo, a las vetas de los minerales. Bien pensado, entonces, no existe realmente una experiencia directa o «pura», como no existe una «realidad» independiente de estos «filtros» o, en otros términos, de las herramientas que utilizamos para organizar y dar sentido a lo que llamamos «mundo». En otras palabras, nuestro estar en el mundo supone una actividad continua de interpretación, esto es: el empleo más o menos sistemático de estrategias de indagación y esquemas o rejillas de lectura de lo que se presenta frente a nuestros sentidos y nuestro aparato psíquico.

Los profesionales y académicos de las ciencias sociales tenemos un especial interés por conocer y sistematizar las estrategias de relación con el mundo porque son parte esencial del proceso de conocimiento del ser humano y, de forma recursiva, fundamentan el conocimiento que tendremos del mismo proceso de conocimiento. Cuando el investigador social se propone conocer cómo otorgamos los seres humanos un determinado significado a lo que pensamos, decimos o hacemos, inevitablemente está también construyendo teorías sobre cómo podemos los investigadores sociales llegar a dar significado —esto es, a conocer— la realidad social. En este sentido, preguntarse por los procedimientos a través de los cuales construimos nuestro conocimiento, nos permite evitar una postura ingenua —que conlleva inevitablemente efectos perversos— en la cual se confunde el objeto con el método empleado para investigarlo y los resultados con las estrategias empleadas para obtenerlos. Evita, también, que consideremos los métodos aprendidos a lo largo de nuestras carreras curriculares y que profesionales sean *a priori* los únicos válidos o posibles.

Al tipo de reflexiones que acabamos de proponer se dedica la *epistemología*. Su interés es investigar las condiciones de posibilidad del conocimiento y, por tanto, es previa a la investigación empírica. Si asumimos que toda investigación parte de preconcepciones —sus propios «filtros»— sobre el conocimiento, sin que deban ser por ello consideradas como principios firmes e indisputables, la epistemología se convierte en el instrumento más apropiado para que tales presupuestos se hagan explícitos y se abra así el espacio para el debate sobre, en primer lugar, la naturaleza y el significado de la investigación, y a continuación, su relación con la intervención psicosocial.

Antes de continuar, creemos necesario aportar dos aclaraciones: una sobre la diferencia entre *epistemología* y *ontología*; otra sobre el concepto de *paradigma*. La ontología determina «la naturaleza de la realidad investigada» (Vallés, 2000, p. 49), respondiendo a la pregunta sobre «cuál es la forma y naturaleza de la realidad y qué puede ser conocido de ella» (Guba y Lincoln, 1998, p. 201); mientras que la epistemología, como hemos señalado, establece «el modelo de relación entre el investigador y lo investigado» (Vallés, 2000, p. 49), respondiendo a la pregunta sobre «cuál es la naturaleza de la relación entre el sujeto que conoce o que quiere conocer y lo que puede ser conocido» (Guba y Lincoln, 1998, p. 201). Para completar los posibles niveles de análisis de los quehaceres de la investigación, añadimos que la metodología es «el modo en que podemos obtener conocimiento de la realidad» definida en el nivel ontológico (Vallés, 2000, p. 49). Las teorías psicológicas que definen, describen o explican los fenómenos psicológicos y sociales pertenecen al nivel ontológico;

muchas de ellas contienen aportaciones a nivel epistemológico, como el psicoanálisis o el conductismo; todavía más atomizadas y diferenciadas son las propuestas a nivel metodológico derivadas directamente del campo de la Psicología. Pasando a la segunda cuestión, y siguiendo las propuestas de Kuhn (1971), podríamos definir un paradigma como un conjunto estructurado y organizado tanto de suposiciones ontológicas y epistemológicas, como de prácticas metodológicas y actividades académicas propias de los profesionales de una u otra disciplina (véase Cuadro 20.2).

CUADRO 20.2. NIVELES CONSTITUTIVOS DE UN PARADIGMA (Kuhn, 1977)

Paradigma	
Ontología	Determina la naturaleza de la realidad que se quiere investigar. <i>¿Qué características definen la realidad que quiero investigar?</i>
Epistemología	Investiga las condiciones de posibilidad del conocimiento y, específicamente, determina la relación que se establece entre el investigador y lo investigado. <i>¿Qué puedo conocer de la realidad que investigo y cómo?</i>
Metodología	Define el método y las técnicas para obtener conocimiento de la realidad. <i>¿Cómo puedo conocer la realidad?</i>
Prácticas disciplinares	Actividades propias de los profesionales de una disciplina relacionadas con la investigación, la evaluación de la producción, la difusión del conocimiento, etc.

En este sentido, un paradigma, en primer lugar, define desde en el nivel ontológico lo que los profesionales de una disciplina específica deben estudiar. En segundo lugar, delimita desde el nivel epistemológico las preguntas que deben ser dirigidas al objeto de estudio. En tercer lugar, señala desde el nivel metodológico cómo deben ser formuladas las preguntas y cómo interpretar las respuestas obtenidas. El paradigma supone de por sí un nexo entre estos tres niveles, pero la naturaleza del nexo es el campo de debate que aquí queremos considerar. En efecto, el término paradigma resulta funcional para el análisis histórico de los desarrollos de la actividad científica —y así es propuesto y empleado generalmente por Kuhn— adquiriendo una dimensión fundamentalmente *descriptiva*. Sin embargo, resulta impropio asignarle un valor *prescriptivo*, esto es, entender que cuando se asume una perspectiva paradigmática en un nivel (ontológico, epistemológico o metodológico) ello obliga forzosamente a asumir la perspectiva que ese paradigma ha propuesto para los restantes. No pretendemos en esta sección hacer un repaso exhaustivo de las posturas epistemológicas que se han ido alternando y enfrentando a lo largo de la historia de la Psicología, incluso hasta nuestros días. Lo que nos proponemos es plantear una reflexión sobre la relación entre el nivel epistemológico, el ontológico que lo precede y el metodológico que le sigue, considerando que ello es fundamental para poder dotar al investigador de una mayor libertad en sus elecciones metodológicas y una mayor claridad para adecuar la investigación a las necesidades y objetivos de la intervención psicosocial.

2.1. Presentación de los diferentes paradigmas

A lo largo del desarrollo de las diversas disciplinas se han ido alternado paradigmas antagónicos que han definido y organizado los quehaceres de sus profesionales. La alternancia de paradigmas es lo que ha condicionado, al margen y en mayor medida que los descubrimientos realizados en un determinado ámbito

disciplinar, los cambios más profundos en las orientaciones epistemológicas y metodológicas propias de cada disciplina. Entre los paradigmas, analizaremos el *positivista*, el *positivista* o *empirista lógico*, el *post-positivista*, el *interpretativista* (que comprende la *fenomenología sociológica* y la *etnografía*) y el *construccionista (débil y radical)*. Debemos recordar que no hay consenso en la caracterización de estos cinco paradigmas y, consecuentemente, en la inclusión de las diferentes perspectivas en uno u otro. En efecto, la *etnometodología* para algunos puede encuadrarse en una perspectiva *interpretativista*, para otros *construccionista*. Por otro lado, las aportaciones de la tradición *crítica* y las ramificaciones de la *hermenéutica* pueden ser clasificadas unas como *interpretativistas* y otras como *construccionistas*, dificultando que, en su conjunto, puedan constituir un paradigma diferenciado. Algo parecido podría decirse de la *fenomenología* que, por un lado, puede ser sinónimo *tout court* de enfoque cualitativo o significar un estilo de aproximación descriptiva, contextualizada y centrada en las interpretaciones de los propios protagonistas, mientras que por otro puede referirse explícita y más propiamente a las elaboraciones sociológicas y antropológicas de la *fenomenología filosófica* que subyacen a enfoques tanto *interpretativistas* como *construccionistas*. En nuestra revisión, hemos juzgado oportuno mantener todas las diferenciaciones que pudieran señalar alguna característica relevante de cara a la reflexión epistemológica, que es el objetivo fundamental de este primer apartado y que pretende trascender cualquier clasificación reductiva y simplificadora en favor de la riqueza propia del perspectivismo y en contra de todo intento de control partidista. En este sentido, la dimensión ontológica que subyace a los diferentes paradigmas y los diferencia dependiendo de si optan por el *realismo* o el *construccionismo*, también permite reflexionar sobre las aproximaciones a la realidad social que adoptan los profesionales de la Psicología en uno u otro momento de su práctica de investigación e intervención. Parafraseando a Denzin y Lincoln (1994, p. 2), los cinco paradigmas en realidad «operan simultáneamente en el presente».

2.1.1. Positivismo, Empirismo lógico y Postpositivismo

La asunción explícita de los métodos de investigación científicos para las ciencias sociales se debe a Comte, con el cual nace la que se conoce como *filosofía positiva*. Las propuestas comteanas comienzan a asentarse como paradigma en el ámbito de las ciencias sociales a lo largo del siglo XIX.

CUADRO 20.3. RESUMEN DE LOS NIVELES DEL PARADIGMA POSITIVISTA

Nivel	Paradigma positivista
Ontológico	Realismo ingenuo, reduccionismo materialista y determinismo mecanicista.
Epistemológico	Dualismo y objetivismo. Objetivo: descubrir las leyes que gobiernan los fenómenos físicos y sociales. Criterios metodológicos científicos: proceso inductivo y deductivo, verificacionismo, explicación causal, universalización.
Metodológico	Cuantificacionista.

Mundo social y mundo físico, para los científicos *positivistas*, son reductibles a una misma realidad material, determinada de forma mecanicista por leyes invariables. En efecto, para Comte, toda ciencia —excepto la matemática— puede considerarse como una parte de la física, esto es, como la indagación sobre cuerpos, sean brutos o sean organizados. Por tanto, la *psicología* se vería reducida, por un lado, a la anatomía y la fisiología, y por el otro, a la *filosofía positiva misma*. El investigador, en la perspectiva

positivista, puede asumir un punto de vista independiente y neutro¹, empleando un método a través del cual, en primer lugar, medir y cuantificar con precisión y exactitud los fenómenos; en segundo lugar, obtener sobre ellos datos objetivos, fiables y replicables; en tercer lugar, inferir de las relaciones causales encontradas leyes universales para predecirlos y controlarlos. Ésta es la finalidad de los esfuerzos del investigador *positivista*: descubrir y reducir al menor número posible las leyes naturales a las cuales están sujetos todos los fenómenos, incluso los sociales. Todo ello supone que la versión del mundo que da el científico es más «racional» que otras versiones y es susceptible de ser más «verdadera». En consecuencia, será también la que tenga más «autoridad».

CUADRO 20.4. RESUMEN DE LOS NIVELES DEL PARADIGMA EMPIRISTA LÓGICO

Nivel	Paradigma empirista lógico
Ontológico	Realismo empírico, reduccionismo materialista y determinismo mecanicista.
Epistemológico	Dualismo y objetivismo. Objetivo: descubrir las leyes que gobiernan los fenómenos físicos y sociales. Criterios metodológicos racionales: lenguaje observacional y teórico, proceso inductivo y deductivo derivados de la lógica formal, verificacionismo, explicación causal, universalización.
Metodológico	Cuantificacionismo.

El *empirismo lógico* y el *postpositivismo* son propuestas que nacen en el ámbito de la filosofía y epistemología de la ciencia. Sus repercusiones llegaron secundariamente a las ciencias sociales pasando por el planteamiento *positivista* de origen comteano del cual se diferencian por subrayar el carácter *lógico* del conocimiento científico. Ambos enfoques comparten con el *positivismo* un *realismo* ontológico — aunque se diferencie, respectivamente, en *ingenuo*, *empirista* y *crítico* — mientras que en el nivel epistemológico y metodológico introducen matices significativos que analizaremos a continuación. Para las tres perspectivas, «la realidad» o «lo dado» es un conjunto de experiencias en conexión regular a las cuales solamente el sujeto que las experimenta puede tener un acceso directo y, consecuentemente, cierto o indudable. Por tanto, ¿cómo es posible estar seguros de que la experiencia que dos investigadores están teniendo de un mismo objeto sea igual? Para el *empirismo lógico* y el *postpositivismo* es necesario «traducir» a un tipo específico de lenguaje, esto es, el *lenguaje observacional*, las experiencias de los dos investigadores. La traducción de las experiencias sensoriales de carácter subjetivo en un lenguaje observacional es crucial para objetivar tales experiencias y convertirlas en el fundamento del conocimiento empírico. En las ciencias sociales el *lenguaje de las variables*, desarrollado sobre todo por Lazarsfeld y sus colaboradores, asumió el papel del lenguaje observacional. Para Lazarsfeld (1954), al margen de las reflexiones ontológicas y epistemológicas, era necesario encontrar una estrategia empírica para poder traducir los conceptos en indicadores empíricos observables y mensurables objetivamente.

¹ Para los *positivistas* «existe una diferencia fundamental entre el hecho y el valor: la ciencia trata del primero, mientras que el último pertenece a un orden de discurso totalmente distinto, fuera del ámbito de la ciencia» (Hughes y Scharrock, 1999, p. 71). Por otro lado, para los *empiristas lógicos* y los *postpositivistas* la supuesta neutralidad del lenguaje de la observación (su independencia en la descripción de los fenómenos de toda suposición teórica) es una cuestión fundamental a la que se vincula la validez epistémica de la ciencia, y ha sido una de las piedras de toque de la crítica a las tres propuestas del *positivismo*.

CUADRO 20.5. RESUMEN DE LOS NIVELES DEL PARADIGMA POSTPOSITIVISTA

Nivel	Paradigma postpositivista
Ontológico	Realismo crítico, reduccionismo materialista y determinismo probabilista.
Epistemológico	Dualismo y objetivismo. Objetivo: aproximación progresiva al descubrimiento de las leyes que gobiernan los fenómenos físicos y sociales. Criterios metodológicos racionales: lenguaje observacional y teórico, proceso deductivo de la lógica formal, falsacionismo, explicación causal, crítica institucionalizada, generalización probabilística.
Metodológico	Cuantificacionismo.

Dado que el establecer la verdad de una afirmación sobre un hecho o un estado de cosas es remitirse al conjunto de experiencias en conexión regular que tenemos sobre ellos, uno de los problemas cruciales en ciencias sociales que tuvieron que enfrentar el *empirismo lógico* y el *postpositivismo*, al igual que el *positivismo*, fue el tratamiento de los así llamados «estados mentales» (las creencias, la motivación, la memoria, los sentimientos y las emociones: de todos ellos se ha hablado en los capítulos precedentes). Para unos, debían ser simplemente excluidos del ámbito de la investigación científica por ser inaccesibles y, por tanto, intraducibles al lenguaje observacional; para otros, podían ser inferidos a partir de las manifestaciones físicas observables, esto es, a partir de la conducta.

Las aportaciones peculiares del *postpositivismo* que debemos a Popper, se refieren fundamentalmente a qué tipo de argumento de la lógica formal es lícito emplear para relacionar entre sí las pruebas empíricas y las hipótesis. Para Popper, las teorías propiamente «científicas» son, en realidad, conjeturas provisionales capaces de establecer posibles pruebas empíricas para su refutación o *falsación*, no para su *verificación*. Por ejemplo, si todos los alemanes que hemos conocido hasta el momento respetaban escrupulosamente las señales de tráfico al conducir, podríamos concluir que los alemanes son conductores prudentes. Ahora bien, sería suficiente encontrar un alemán que no tiene ningún reparo en aparcar en doble fila para rechazar definitivamente nuestras conclusiones anteriores. Pese a nuestra confianza en la ciencia, la mayoría de las teorías científicas no son más seguras y generalizables que nuestras conclusiones sobre los alemanes. Unas y otras, en el caso en el cual no se hallaran evidencias negativas, serían *progresivamente* más seguras o tendrían más *probabilidades* de ser verdaderas. Otra consecuencia de las propuestas de Popper, que atañe específicamente a las ciencias sociales, es que la relación causal se deberá inferir a partir de la *correlación*, método que Durkheim ya había identificado y propuesto como la «concomitancia de la variación».

2.1.2. Interpretativismo

A partir de la década de 1960 la vehemencia de la crítica contra el *positivismo* se convierte en propuestas ontológicas, epistemológicas y, sobre todo, metodológicas que arraigan en las ciencias sociales: «a mediados y finales de los sesenta la oposición al proyecto positivista alcanzó toda su fuerza y a menudo condujo al desarrollo de grandes dudas, no sólo acerca de la validez de los programas que alentaban las ciencias sociales a emular las naturales sino también, con frecuencia y en última instancia, acerca de la validez de las propias ciencias naturales» (Hughes y Scharrock, 1999, p. 49). Las perspectivas que podemos agrupar bajo el paradigma *interpretativista* ponen en tela de juicio la visión *positivista* de la realidad e intentan rescatar para las ciencias sociales un lugar propio y distintivo al de las ciencias naturales, considerando que la realidad social no está sometida al mismo orden y a las mismas leyes del mundo físico y que, por ende, los métodos de

indagación de la ciencia natural son inadecuados para comprender el mundo social. El método de la investigación, por tanto, debe adecuarse al hecho de que los fenómenos sociales no pueden ser aislados, manipulados, medidos, calculados y descontextualizados sin que se vea alterado su significado. La naturaleza de las regularidades del mundo social, además, se diferencian de la naturaleza de las regularidades del mundo físico ya que las primeras son introducidas por las reglas compartidas en un determinado contexto social y tanto su significado como comprensión dependen de estas mismas reglas. Ahora bien, para los *interpretativistas* —al igual que para los *construccionistas* menos radicales— los significados propuestos en el proceso de interpretación no son arbitrarios, pese a que cambien al cambiar tanto el contexto en el cual se despliega el proceso de interpretación como el contexto en el cual se desarrolla el fenómeno social. Además, aunque los significados no sean suficientes por sí solos para predecir fenómenos futuros, proporcionan una explicación y una comprensión de los mismos que, bajo determinadas condiciones, pueden ser generalizables. Para los *interpretativistas* fieles a la *teoría crítica* y las perspectivas ideológicas como el *neomarxismo*, el *materia-lismo*, el enfoque de la *investigación-acción participativa* o el *feminismo*, el objetivo primordial de la investigación, además, no es descubrir regularidades generalizables, sino fomentar la conciencia histórica sobre la realidad de las relaciones de poder para propiciar, a través de su capacidad emancipadora, la transformación de los procesos de dominación y distribución desigual, como vimos en los primeros epígrafes del Capítulo 1.

CUADRO 20.6. RESUMEN DE LOS NIVELES DEL PARADIGMA INTERPRETATIVISTA

Nivel	Paradigma interpretativista
Ontológico	Realismo y determinismo sociohistórico.
Epistemológico	Interaccionismo y objetivismo. Objetivo: comprensión de los significados atribuidos por los actores a los fenómenos sociales y concienciación histórica. Criterios metodológicos impuestos por el objeto de estudio y los determinantes sociohistóricos del investigador y lo investigado: proceso interpretativo, explicación no causal, contextualización y generalización criterial.
Metodológico	Cualitativismo, sin exclusión radical de los métodos cuantitativos.

2.1.3. *Construccionismo*

Los *construccionistas* enfatizan, más claramente aún que los *interpretativistas*, el carácter activo de la mente humana en la construcción de la realidad; tienen en cuenta la influencia sobre este proceso de construcción de determinantes sociales, políticos, económicos, culturales, de género y étnicos; subrayan, finalmente, el *perspectivismo* y el *relativismo* de todo conocimiento. Para ello se apoyan en el concepto wittgensteiniano de *juegos de lenguaje*, según el cual los significados de los términos de un lenguaje no dependen ni de su relación con el mundo natural ni de la relación que establecen entre sí, sino de las funciones que desempeñan en las actividades sociales. Comprender el significado de una acción supone, por tanto, especificar el conjunto de reglas que determinan el sistema o patrón de actividades y con el cual están familiarizados los actores. De ahí que los *construccionistas* atribuyan un carácter contextual e intransferible a la producción de significados por parte de una determinada comunidad lingüística. Ya no podemos hablar ni siquiera de realismo sociohistórico, sino que entramos en una perspectiva decididamente *construccionista* en la cual el conocimiento es *relativo* al contexto lingüístico. En términos generales, para los *construccionistas*

no existe un mundo objetivo e independiente del sujeto que indaga y el conocimiento no refleja o representa el mundo.

CUADRO 20.7. RESUMEN DE LOS NIVELES DEL PARADIGMA CONSTRUCCIONISTA

Nivel	Paradigma interpretativista
Ontológico	Construccionismo y relativismo lingüístico.
Epistemológico	Transaccionismo. Objetivo: comprender las prácticas sociales a través de los discursos y descubrir las prácticas coercitivas. Criterios metodológicos: comprensión, contextualización, normas de la argumentación y retóricas, generalización criterial.
Metodológico	Cualitativismo.

Las perspectivas *hermenéuticas*, o las *fenomenologías hermenéuticas* —que influenciarán a los construccionistas— fueron las primeras que reaccionaron contra el realismo, dualismo y objetivismo de los *interpretativistas*. Según tales referentes paradigmáticos, el acto de interpretar no puede ser reducido a una técnica sobre la cual fundar metodológicamente las ciencias humanas. Comprender no es, en primera instancia, un procedimiento o una regla que organiza la relación del investigador con lo investigado; es el modo propio a través del cual el ser humano se relaciona con el mundo social y físico. En segundo lugar, la tradición no es algo de lo que pueda distanciarse el investigador: es, en realidad, lo que le permite comprender; es parte constituyente de su proceso interpretativo y, por ende, influye directamente en el significado que otorgará a una acción humana. Para los *construccionistas radicales*, en efecto, no es posible hablar de objetividad ni de generalización de la interpretación o comprensión, ya que los significados dependen de las características lingüísticas, argumentativas y retóricas del discurso analizado. Retomando las aportaciones de los *postestructuralistas*, no habría distinción entre ciencia e ideología: el método, que debería asegurar las pretensiones de objetividad adecuándose a las exigencias de la lógica y de la razón, es en realidad una estrategia para *dominar* los fenómenos, no para *descubrirlos* y *describirlos*. Por ejemplo, las ciencias sociales, según el filósofo Foucault, se han puesto al servicio del control y la manipulación al crear patrones de «normalidad» que justifican, a través de los discursos científicos, medidas coercitivas para su mantenimiento o restauración. El discurso, para Foucault, constituye un sistema complejo, estructurado por reglas que especifica sobre qué cosas se puede hablar, quién puede hacerlo y qué puede decir de ellas. El discurso, finalmente, depende de las estructuras organizacionales y los modos de organizar las actividades de un determinado contexto sociohistórico.

Las propuestas de los *deconstruccionistas* son todavía más drásticas en lo que se refiere al lenguaje y al significado. Para el filósofo Derrida, uno de sus más cualificados representantes, el significado que adquieren las palabras suele ser por contraposición de opuestos lo cual, de por sí, produce una estructura jerárquica en donde uno de los dos opuestos es considerado superior al otro. A diferencia de los *estructuralistas*, para los *deconstruccionistas* el lenguaje no es un sistema cerrado y, por tanto, el significado debe considerarse indeterminado o abierto. Imponer interpretaciones conclusas y significados fijos es una forma de violencia, supone la aplicación en sentido autocrático de una determinada idea de orden racional.

En línea con estas reflexiones, para los *construccionistas* que adhieren a perspectivas más radicales, tales como la *hermenéutica crítica* o el *postestructuralismo*, uno de los objetivos del conocimiento es desvelar los patrones de organización de la vida social impuestos por los discursos científicos desacreditando su autoridad intelectual o social y liberando de su dominio. En la misma perspectiva, para los *deconstruccionistas*

nistas el objetivo es poner en evidencia todas las posibles lecturas alternativas y contrarias o contradictorias de un texto, permitiendo la participación legítima, igualitaria y directa de todas las partes implicadas en la construcción de su significado y contrarrestando el afán de control y dominación del modelo tradicional de investigación.

2.2. La falacia de la incompatibilidad entre metodología cuantitativa y cualitativa

Una vez que hemos expuesto las diferencias en el nivel ontológico y epistemológico entre los paradigmas vigentes en el ámbito de las ciencias sociales, creemos importante reflexionar sobre el modo en que éstas se han traducido en la praxis metodológica. En este sentido, parece que las divergencias e, incluso, el antagonismo en los niveles anteriormente expuestos entre corrientes teóricas han acabado por instaurarse también en el nivel metodológico. Los intereses corporativos, el desconocimiento mutuo y la radicalización que conlleva la defensa por oposición de una determinada postura, han contribuido a generar un enfrentamiento polarizado entre visiones extremas, identificables, por una parte, por el paradigma *positivista* y, por otra, por el paradigma *hermenéutico*². El debate sobre las perspectivas epistemológicas se ha desplegado en muchas ocasiones bajo las apariencias de la polémica metodológica, cristalizando en el hoy ya tan manido enfrentamiento entre investigación *cualitativa* y *cuantitativa*. A continuación mostramos las características que, según los defensores de una u otra metodología, definirían las prácticas etiquetadas como *investigación cualitativa*, de un lado, e *investigación cuantitativa*, de otro. Justamente por querer evidenciar, a efectos didácticos, la polarización de los argumentos esgrimidos en el seno del debate que nos ocupa, el contenido presentado en el Cuadro 20.8 puede considerarse de por sí inexacto y parcial, ejemplificando de igual forma los límites que debería superar una investigación que se proponga el desafío de conocer e intervenir en los complejos fenómenos psicosociales y que, por tanto, necesite integrar una y otra perspectiva.

CUADRO 20.8. POLARIZACIÓN ENTRE LA METODOLOGÍA CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

	Cualitativa	Cuantitativa
Paradigma	Hermenéutico	Positivista
Objetivo	a) Entender e interpretar b) Interpretar ideográficamente	a) Describir y explicar causalmente b) Generalizar, extrapolar, universalizar
Objeto	Significados inter-subjetivos situados y construidos (intenciones, motivos, creencias, etc.)	Hechos objetivos existentes y sometidos a leyes y patrones generales
Fenómeno	Particular y ambiguo	Medible, observable y replicable
Contexto	Natural	Controlado
Lenguaje	Natural y simbólico	Precisión matemática, modelos estadísticos de la codificación numérica

² Aunque hayamos señalado en el apartado correspondiente que no podemos reunir en un paradigma todas las propuestas que remiten y se inspiran de una u otra forma a la *hermenéutica*, aquí —en consonancia con algunos autores— reagrupamos bajo la etiqueta de paradigma *hermenéutico* todas las propuestas, tanto *interpretativistas* y *críticas* como *constructivistas*, que fundamentan el análisis en la interpretación de significados.

CUADRO 20.8. POLARIZACIÓN ENTRE LA METODOLOGÍA CUALITATIVA Y CUANTITATIVA (Continuación)

	Cualitativa	Cuantitativa
Teoría e hipótesis	Se construye y formulan a medida que avanza el análisis	Expresadas explícitamente
Diseño	Emergente	Prefijado
Investigador	a) Actor b) Instrumento de investigación c) Consciente de crear parcialmente lo que estudia	a) Observador Externo b) Variable que interfiere c) Descubre un objeto de estudio externo
Método lógico	Preferentemente inductivo	Deductivo
Análisis	Fenomenológico	Estadístico
Técnicas	a) Dependen del contexto de interacción b) Flexibles y desestructuradas	a) Dependen del método b) Definidas a priori
Control	Credibilidad Transferibilidad Dependencia y confirmabilidad	Validez interna Validez externa Fiabilidad
Muestreo	Muestreo opinático e intencional	Muestras probabilísticas representativas del universo (margen de error y nivel de confianza)

Si entendemos que la división entre investigación cualitativa y cuantitativa puede analizarse tomando en cuenta las posturas en los niveles ontológico, epistemológico y metodológico, es muy importante cuestionar cómo influyen las decisiones que se toman en un nivel sobre las que deberán tomarse en los otros. Así, si se supone que un enfoque metodológico deriva por naturaleza de una determinada postura ontológica y epistemológica, o si se cree que los paradigmas son rígidos y que la elección entre uno u otro es la única posible, una vez asumida una postura ontológica y epistemológica se *deberá* adoptar una metodología concreta (Guba y Lincoln 1998; véase también Fernández-Ballesteros, 1995, citado en el Capítulo 15). Sin embargo, si se defiende que no existe una unión necesaria entre los diferentes niveles, las elecciones ontológicas y epistemológicas *no prescribirán* directamente las opciones metodológicas (Bryman, 2004). En el primer caso, al aceptar la existencia de un nexo natural entre niveles, estaremos trazando una división neta entre investigación cualitativa y cuantitativa. En el segundo, estaremos poniendo en duda la existencia de una contraposición sustancial entre ambas.

A pesar de que la creencia en la conexión unívoca entre niveles parece haberse asentado históricamente en la práctica, en nuestra opinión y concordando con otros autores, no existen razones de necesidad o inherencia que justifiquen la existencia de un nexo natural entre posturas ontológicas, epistemológicas y metodológicas. Así, aunque los investigadores que han asumido posturas vinculadas al positivismo, el empirismo lógico o el postpositivismo hayan utilizado preferentemente métodos cuantitativos, podrían utilizar igualmente métodos cualitativos para alcanzar sus objetivos respetando sus principios ontológicos y epistemológicos. De igual modo, aunque los investigadores que defienden posicionamientos vinculados al interpretativismo y el constructivismo hayan utilizado fundamentalmente métodos cualitativos, podrían utilizar también métodos cuantitativos para ayudar al cumplimiento de sus objetivos. Yendo más allá, cabe señalar que las críticas que se han dirigido a uno u otro tipo de metodología desde las posturas ontológicas y epistemológicas «puestas» son aplicables, cuando se hace un análisis riguroso, tanto a la metodología cuantitativa como a la cualitativa. Lo que equivale a afirmar que ambas deben asumir importantes cautelas en su aplicación. Veamos algunos de los elementos concretos que ejemplifican estos argumentos:

1. Existe una importante confusión en cuanto al término *subjetivo* que cimienta la contraposición entre los enfoques cualitativo y cuantitativo: para los primeros es el criterio que garantiza la contextualización comprensiva de los fenómenos; para los segundos es uno de los factores que merman la validez de los resultados. Si con *subjetivo* entendemos «sometido al juicio humano» (Kuhn, 1982), entonces todos los métodos los son o deberían serlo, ya que para su selección, uso e interpretación, dependen del juicio del investigador. Ya hemos señalado que todo proceso cognoscitivo supone una actividad interpretativa; a ella están sujetos, por ejemplo, tanto los relatos orales recogidos a través de entrevistas en profundidad, como los ítems que integran una escala baremada o, incluso, los estadísticos que proporciona un análisis exploratorio multidimensional. Ahora bien, justamente para que en todos estos casos el juicio del investigador pueda someterse a la evaluación *inter-subjetiva* de los profesionales de una disciplina y pueda alcanzar el estatus de *confiable*, debe responder a unos criterios de claridad y rigurosidad metodológica que no varían en función de que la metodología empleada sea cualitativa o cuantitativa.
2. No es lícito defender la presuposición de que solamente se pueden *comprobar hipótesis* a través de métodos cuantitativos y *generar teoría* a través de métodos cualitativos. Como señalan Cook y Reichardt (1986, p. 34), citando a Fienberg, «la lógica de la descripción y de la inferencia se extiende a través de los métodos», ya que para desestimar las hipótesis rivales se sigue la misma lógica tanto en el procedimiento cualitativo como en el cuantitativo. Por otro lado, las relaciones encontradas «no hablan» por sí solas y deben ser interpretadas desde la teoría: lo que el investigador realiza, en realidad, es juzgar si las asociaciones empíricas —ya sean encontradas a través de una metodología cualitativa o cuantitativa— son *teóricamente pertinentes*.
3. Las cautelas que deben ser asumidas en la generalización de los resultados son similares para ambas metodologías. Solamente en casos muy específicos, como las muestras probabilísticas extraídas de poblaciones delimitadas, es posible generalizar directamente (y sólo en lo tocante a los resultados descriptivos) los datos obtenidos en la muestra a la población. En los demás casos, que incluyen tanto las muestras *no probabilísticas* de los diseños cuantitativos, como las muestras *intencionales* de los diseños cualitativos, la generalización depende sustantivamente de una valoración *cualitativa* de la equivalencia entre la muestra y la población a la que se desea generalizar los resultados. Por otro lado, parece evidente que para lograr una adecuada generalización e incluso aplicación de los resultados, el conocimiento abstracto de la realidad social debe pasar por un análisis de los datos concretos, sean éstos cualitativos o cuantitativos.
4. No resulta provechoso —y posible— emplear de forma «pura» uno u otro método. La cuantificación es el último paso de un proceso que debe comenzar por «la creación de una “imagen vaga” o constructo, que resulta de la inmersión de un investigador en un *problema teórico*. La verdadera tarea empieza por “especificar” sus componentes, aspectos o dimensiones, y por seleccionar “indicadores” que puedan “representarlos”» (Hughes y Scharrock, 1999, p. 121; cursivas nuestras). La derivación de los indicadores y su correspondencia con los conceptos depende, por tanto y una vez más, del *juicio* del investigador (Kuhn, 1982).
5. Atribuir a la cuantificación la garantía de cientificidad surge, como señalábamos al comienzo, de la interpretación *errónea* del método empleado por las ciencias naturales ofrecida por el positivismo (Hughes y Scharrock, 1999). Las ciencias naturales, en primer lugar, trascienden los casos particulares por *abstracción*, es decir, por una *selección guiada* desde la teoría. En segundo lugar, la conexión racional entre los conceptos teóricos no es una relación causal y suele representarse por una función de *identidad o equivalencia* (por ejemplo, $E = m \cdot c^2$) que permite establecer un isomorfismo entre términos teóricos inobservables y términos empíricos observables. El isomorfismo es lo que justifica que

de la teoría los científicos extraigan *modelos* o constructos mentales a través de los cuales poder aplicar la teoría a los datos empíricos (Sellars, 1971). En tercer lugar, «la medición de un carácter científico riguroso es imposible sin una teoría rigurosa que especifique la estricta relación matemática existente entre los conceptos» (Hughes y Scharrock, 1999, p. 169). Sin embargo, para los positivistas la cuantificación era el proceso más adecuado para obtener los datos empíricos de los cuales derivar las leyes y que, por tanto, eran en principio *independientes* de las teorías.

Basándose en algunas de estas consideraciones, Cook y Reichardt (1986, p. 40) concluyen que «todos los atributos que se asignan a los paradigmas son lógicamente independientes. Del mismo modo que los métodos no se hallan ligados lógicamente a ninguno de los atributos de los paradigmas, los propios atributos no se encuentran lógicamente ligados entre sí». En otro sentido, todas las perspectivas son necesarias cuando se trata de abordar realidades complejas, y para poder emplear con provecho los métodos y las técnicas «propias» derivadas de cada enfoque epistemológico, se hace necesario plantear con claridad las cuestiones fundamentales de cada perspectiva, definir el objeto a investigar, el contexto y los objetivos de la investigación y la intervención. De este modo, podemos definir la *flexibilidad* y la *adaptabilidad* de cada método y la función que cada uno de ellos puede suplir para lograr el objetivo primordial de obtener una amplia base de datos para comprender, explicar e intervenir sobre los fenómenos estudiados (Álvarez, 1986: 13). Este es el propósito al que se atienen los apartados siguientes.

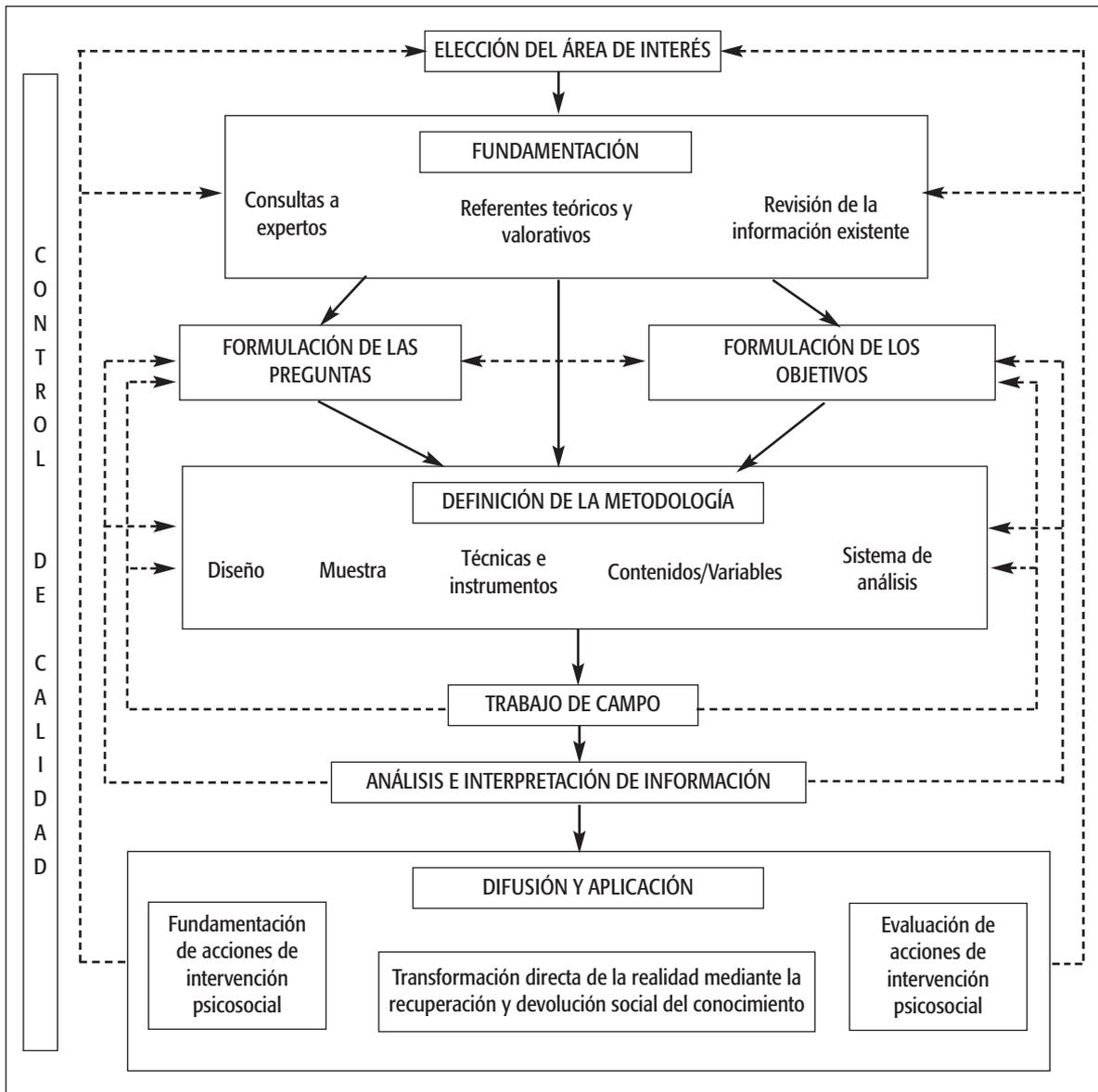
CUADRO 20.9. RAZONES QUE JUSTIFICAN LA COMPATIBILIDAD ENTRE METODOLOGÍA CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

- La opción por una postura epistemológica no obliga a usar una única metodología de forma exclusiva.
- La aplicación de ambos métodos depende del juicio del investigador.
- Ambos métodos pueden utilizarse para contrastar hipótesis y generar teoría.
- Ambos métodos comparten dificultades similares para la generalización de los resultados.
- En la práctica real ambos métodos se utilizan de forma superpuesta.
- Los resultados empíricos deben ser interpretados a la luz de la teoría.

3. EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

En este apartado, analizaremos de forma sistemática y concisa las decisiones más relevantes que deben enfrentarse en el desarrollo de un proyecto de investigación, señalando con qué herramientas y criterios se puede contar en cada una de las principales fases del proceso para que proporcionen fundamentación a la intervención y, sobre todo, se puedan convertir a su vez en fases de la misma intervención. Como hemos anticipado, lo haremos asumiendo la posibilidad de integrar y complementar en su transcurso distintas perspectivas metodológicas y profundizando, de acuerdo con la tarea que se nos ha encomendado, en los aspectos vinculados a la perspectiva *cualitativa*. En la Figura 20.1 presentamos de forma esquemática las fases principales del proceso de investigación y sus posibles interrelaciones.

FIGURA 20.1. FASES PRINCIPALES DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN



3.1. La elección del área de interés

La elección del tema de investigación es un punto esencial de partida que permitirá realizar una primera delimitación de los fundamentos y la metodología que se seguirá durante el proceso. En el marco de la intervención psicosocial, la elección del tema de investigación está claramente condicionada por las características del fenómeno sobre el que se desea intervenir y por el tipo de intervención que se pretende implantar.

Igualmente, cuando se comienza un programa de investigación desde la perspectiva de la intervención psicosocial, es imprescindible analizar en qué grado el tema escogido es relevante para las personas y las instituciones que deberán implicarse en su desarrollo, ya que ello condicionará de forma muy importante el apoyo que se obtendrá para llevarlo a cabo. En el Cuadro 20.10 presentamos algunos criterios que pueden utilizarse para guiar la elección del tema.

**CUADRO 20.10. CRITERIOS PARA LA ELECCIÓN DE UN TEMA DE INVESTIGACIÓN
(Ruiz Olabuénaga, 2002)**

- Oportuno y actual.
- Presenta implicaciones prácticas.
- Afecta a un amplio sector o a un sector estratégico de la población.
- Contribuye a dar respuesta a lagunas existentes en la investigación.
- Clarifica un concepto ambiguo.
- Perfecciona un instrumento de investigación.
- Da acceso a datos difícilmente asequibles.
- Aplica técnicas derivadas de otros campos disciplinares.
- Permite un avance teórico sobre determinado tema.

3.2. La fundamentación de la investigación

Una vez seleccionado el objeto al que se dirigirá la investigación, el proceso comienza por la búsqueda, análisis, síntesis y explicitación de los contenidos que fundamentarán el desarrollo del trabajo. Los referentes teóricos y los valores que el investigador asume en su quehacer profesional, al igual que la experiencia adquirida, constituyen la primera base *implícita* sobre la que se apoya la investigación. Sería importante, de cara a la coherencia del trabajo y la adecuación al objeto y objetivos tanto de la investigación como de la intervención, que se sometieran a una reflexión y evaluación explícitas. La *información revisada* y/o *actualizada* sobre las características descriptivas (incidencia y/o prevalencia) y los conocimientos teóricos y empíricos existentes sobre el objeto de estudio, constituyen la base *explícita* sobre la que se apoya la investigación. El crecimiento exponencial de los medios y recursos de difusión de la información experimentado en las últimas décadas ha hecho accesible una gran cantidad de información. Sin embargo, ha aumentado el riesgo de sobresaturación, favoreciendo la difusión de trabajos o documentos de escasa relevancia o fiabilidad. Se recomienda, por tanto, utilizar recursos cualificados tales como las *bases de datos de publicaciones internacionales*, *bases de datos de carácter nacional, institucional o local*, así como la búsqueda y consulta de publicaciones de difusión restringida o informes de carácter interno. Igualmente, el *contacto directo* con *expertos* o *equipos de trabajo* vinculados directamente al área y objeto del estudio y al ámbito de la intervención, puede suponer un ahorro sustantivo de tiempo y esfuerzo. Se recomienda, en primer lugar, una especial atención a los trabajos de *revisión* y *síntesis*, así como de *meta-análisis* que constituyen un óptimo punto de partida para una búsqueda más orientada y sistemática; en segundo lugar, valorar la posibilidad de obtener información directamente de los destinatarios de la intervención o de quienes tienen conocimiento y experiencia sobre el objeto a la que se dirige.

3.3. La formulación de las preguntas y los objetivos de la investigación

El proyecto de investigación puede pensarse como una o más *preguntas* que se dirigen a la *realidad social* (Callejo y Viedma, 2005). Por tanto, es útil comenzar por definir el conjunto de preguntas a las que debe responder. Por ejemplo, ¿qué incidencia tiene el consumo de cocaína en la población adulta de una ciudad?, ¿por qué incumplen las prescripciones terapéuticas los enfermos crónicos? (Capítulo 3), ¿cómo justifican los miembros de grupos radicales en sus discursos las agresiones xenófobas?, ¿cuáles son los factores de riesgo en el inicio al consumo de alcohol y otras drogas entre los escolares de 11 a 14 años? (Capítulo 13), ¿cómo influyen las experiencias de violencia familiar durante la infancia en el establecimiento de posteriores relaciones de pareja? Si se posee algún fundamento para delinear las posibles respuestas a la que conduciría la investigación, éstas pueden traducirse en *hipótesis*. Las hipótesis, en otras palabras, son afirmaciones que reflejan los resultados *esperados* y, para que se pueda evaluar con exactitud en qué medida se acercan a los resultados que finalmente proporciona la investigación, deben ser formuladas de modo claro y simple.

Existen numerosas taxonomías de los diferentes tipos o clases de hipótesis que se pueden formular (Ruiz Olabuénaga, 1999). Por su utilidad operativa destacamos aquí únicamente la distinción entre hipótesis *descriptivas* (por ejemplo, «El uso de videoconsolas es la actividad de ocio más frecuente entre los menores de 12 a 15 años» o «Las formas asamblearias de reparto de los recursos canalizados por las instituciones públicas son más frecuentes en comunidades inferiores a los 50.000 habitantes») e hipótesis *relacionales* (por ejemplo, «El trabajo en talleres de sexualidad con grupos naturales de adolescentes incrementa el uso del preservativo» o «El contacto con redes asociativas constituidas por personas de la misma nacionalidad en la comunidad de acogida, facilita la integración de las mujeres inmigrantes»). En lo tocante a la formulación y al empleo de las hipótesis, es oportuno anotar algunas consideraciones importantes, que reflejamos en el Cuadro 20.11.

CUADRO 20.11. CONSIDERACIONES RELEVANTES SOBRE EL USO DE HIPÓTESIS

- Las hipótesis no son exclusivas del método deductivo, ni de los abordajes de carácter cuantitativo. Existen diferentes propuestas metodológicas de orientación cualitativa que incluyen el uso de hipótesis como herramienta de análisis.
- El uso de un abordaje de carácter cuantitativo no conlleva necesariamente la utilización de hipótesis. Los estudios de carácter meramente descriptivo o exploratorio pueden no incluirlas, en caso de que el investigador no parta de presuposiciones sobre las tendencias que aparecerán en los resultados.
- Aunque de acuerdo con las directrices del método deductivo las hipótesis deben formularse de forma previa al desarrollo del trabajo empírico, existen otras propuestas metodológicas, tanto cualitativas como cuantitativas, que establecen una relación recursiva entre resultados e hipótesis, de forma que las hipótesis se definen y elaboran en función del trabajo empírico y son puestas nuevamente a prueba a partir de éste.

Los *objetivos* de un proyecto de investigación recogen de forma más amplia todos aquellos logros que se desean alcanzar a través del proceso de investigación, incluyendo tanto las respuestas previstas a las preguntas y/o hipótesis como otro tipo de resultados esperados que permitirían dirigir o diseñar el programa de intervención. Los objetivos *generales* recogen de forma amplia las metas del proyecto (por ejemplo, «Analizar los factores que condicionan las reacciones de una comunidad a una situación de catástrofe natural»); en tanto que los objetivos *específicos*, concretan de forma operativa los generales (por ejemplo, «Analizar si la existencia de sistemas de organización colectiva previos en la comunidad local favorece menores niveles de estrés ante la aparición de catástrofes naturales»). Tanto unos como otros deben ser formulados de modo que al final del proceso de investigación se pueda evaluar si han sido alcanzados o no y, además, operativicen claramente las necesidades planteadas por el diseño del programa de intervención. En el Cuadro 20.12 detallamos algunos

de los objetivos más habituales en la investigación desarrollada en el marco de la intervención psicosocial, ofreciendo orientaciones sobre la metodología adecuada para alcanzarlos.

CUADRO 20.12. OBJETIVOS FRECUENTES EN LA INVESTIGACIÓN PSICOSOCIAL Y ELECCIONES METODOLÓGICAS PARA ALCANZARLOS

Objetivo	Recomendaciones sobre elecciones metodológicas
Sistematizar la información existente sobre un fenómeno.	Análisis documental a partir de la consulta de diversas fuentes y expertos.
Averiguar la dimensión (incidencia/prevalencia) que presenta un fenómeno en una población concreta.	Abordaje de carácter cuantitativo, que puede integrar el uso de indicadores sociales derivados de diversas fuentes documentales con el trabajo de campo mediante muestras representativas de la población estudiada.
Describir los antecedentes, condiciones, características y consecuencias de un fenómeno novedoso.	Técnicas no estructuradas de observación y entrevista individual o grupal.
Explorar cómo se construyen socialmente las percepciones y los discursos en relación con un tema.	Técnicas discursivas y narrativas de carácter grupal o individual, análisis de textos y material gráfico producido por individuos y colectivos, así como técnicas cuantitativas de carácter exploratorio.
Analizar los patrones culturales y su interpretación por parte de los miembros de una comunidad o grupo.	Técnicas de observación participante no estructurada, entrevistas y análisis de material y documentos generados individual y colectivamente.
Analizar en profundidad un fenómeno para su conocimiento o para establecer paralelismos teóricos.	Análisis de caso que puede integrar diferentes técnicas adaptadas a las características del sujeto o colectivo.
Intentar encontrar explicación a un problema novedoso o desconocido.	Técnicas exploratorias de carácter cualitativo o cuantitativo que planteen cuestiones abiertas y utilización de diseños recursivos destinados a la generación de teoría.
Estudiar las relaciones entre distintos factores y un proceso.	Técnicas estructuradas de carácter cualitativo o cuantitativo en muestras de especial interés para el fenómeno estudiado.
Producir ideas de forma colectiva, generar consenso e implicación para acciones de intervención social.	Diseños colaborativos, especialmente Investigación-Acción-Participativa, pudiendo incluir una gran variedad de técnicas cualitativas y cuantitativas.
Evaluar la capacidad de un programa de intervención psicosocial para modificar la realidad social.	Combinación de diseños cuasi-experimentales con técnicas cuantitativas o cualitativas que permitan analizar el proceso y explorar las percepciones de los agentes implicados.
Contrastar aspectos específicos de una teoría y generar nuevas líneas de avance para la investigación.	Diseños experimentales o cuasi-experimentales.

3.4. Elección y aplicación de la metodología

La primera elección metodológica se refiere al *abordaje* general, esto es, si se va a emplear un abordaje *cualitativo*, *cuantitativo* o se opta por una integración de ambos, teniendo en cuenta, en primer lugar, las características del objeto de la investigación y la intervención, y en segundo lugar, los objetivos que estas se proponen.

3.4.1. El diseño

Una vez decidido el abordaje, para cada uno de ellos es necesario fijar un diseño, esto es, un esquema general que estructura los procedimientos de recogida y análisis de los datos, definiendo aún más los tipos de respuestas que será posible ofrecer a partir de la investigación que se va a desarrollar. En el Cuadro 20.13 y la Figura 20.2 proponemos de forma sintética algunas de las dimensiones fundamentales que deben tenerse en cuenta a la hora de definir el tipo de diseño.

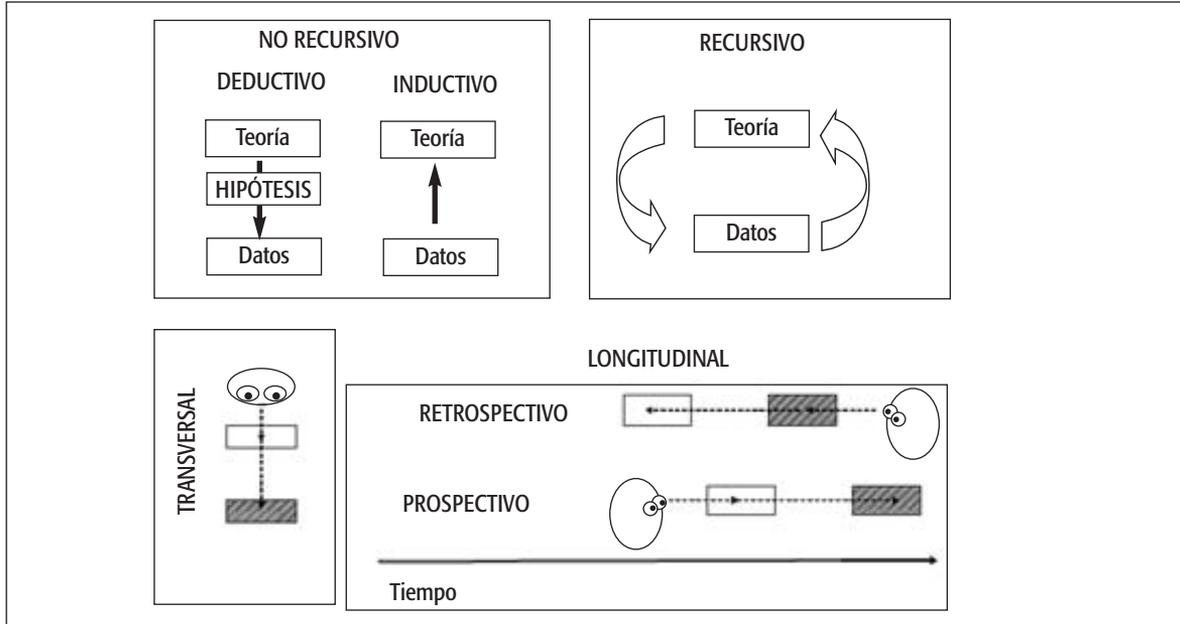
CUADRO 20.13. ALGUNAS DIMENSIONES QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA EN LA DEFINICIÓN DEL DISEÑO

Dimensión	Tipos de diseño
<i>Transversal</i> <i>Longitudinal</i>	<i>Transversal</i> : recogida de información en un momento puntual.
	<i>Longitudinal</i> : recogida de información en diferentes momentos temporales. Puede desarrollarse de forma <i>prospectiva</i> (se recoge información sobre eventos a medida que suceden) o <i>retrospectiva</i> (se recoge información sobre eventos que ya han sucedido).
<i>Experimental</i> <i>Cuasi-experimental</i> <i>Ex post-facto</i>	<i>Experimental</i> : se manipula la ocurrencia de determinados eventos (variable/s independiente/s) y se estudian sus efectos sobre otros eventos (variable/s dependiente/s) comparando los resultados obtenidos en diferentes condiciones de manipulación. Se garantiza la aleatoriedad de asignación de los sujetos a las diferentes condiciones de manipulación.
	<i>Cuasi-experimental</i> : situación similar al diseño experimental en la que, sin embargo, no se garantiza la aleatoriedad de asignación de los sujetos a las diferentes condiciones de manipulación y/o el control de las distintas condiciones experimentales.
	<i>Ex post-facto</i> : no se manipulan eventos, el trabajo de campo registra la co-ocurrencia (simultánea o en distintos momentos temporales), de eventos o procesos.
<i>Intrasujeto</i> <i>Intersujeto</i>	<i>Intrasujeto</i> : mediciones únicas o múltiples en un solo caso o sujeto.
	<i>Intersujeto</i> : mediciones únicas o múltiples en diferentes casos o sujetos.
<i>No Recursivo</i>	<i>No Recursivo</i> : las fases de la investigación se desarrollan de forma unidireccional y sucesiva.
<i>Recursivo</i>	<i>Recursivo</i> : los resultados de determinadas fases de la investigación pueden modificar los planteamientos iniciales y re-dirigir el diseño.
<i>Deductivo</i> <i>Inductivo</i>	<i>Deductivo</i> : se parte de una propuesta teórica y se acude al trabajo empírico para contrastarla.
	<i>Inductivo</i> : se parte del trabajo empírico y se elabora una propuesta teórica a partir del mismo.

Las características teóricas y operativas de los diferentes diseños han sido ampliamente desarrolladas en el campo de la investigación psicológica. Para tener una visión general de la aplicación de los diferentes diseños al ámbito de la evaluación de programas de intervención psicosocial remitimos al Capítulo 15 de este texto. En este apartado, en cualquier caso, queremos destacar la importancia que los diseños de carácter

recursivo tienen, en primer lugar, en la práctica de las metodologías que integran abordajes cualitativos, ya sea de forma exclusiva o en combinación con abordajes cuantitativos; en segundo lugar, de la investigación orientada a fundamentar y dirigir la intervención. Por tanto, a continuación, desarrollaremos un tipo específico de diseño recursivo de gran relevancia en la intervención psicosocial: la Investigación-Acción-Participativa.

FIGURA 20.2. ALGUNAS DIMENSIONES RELEVANTES PARA LA DEFINICIÓN DEL DISEÑO

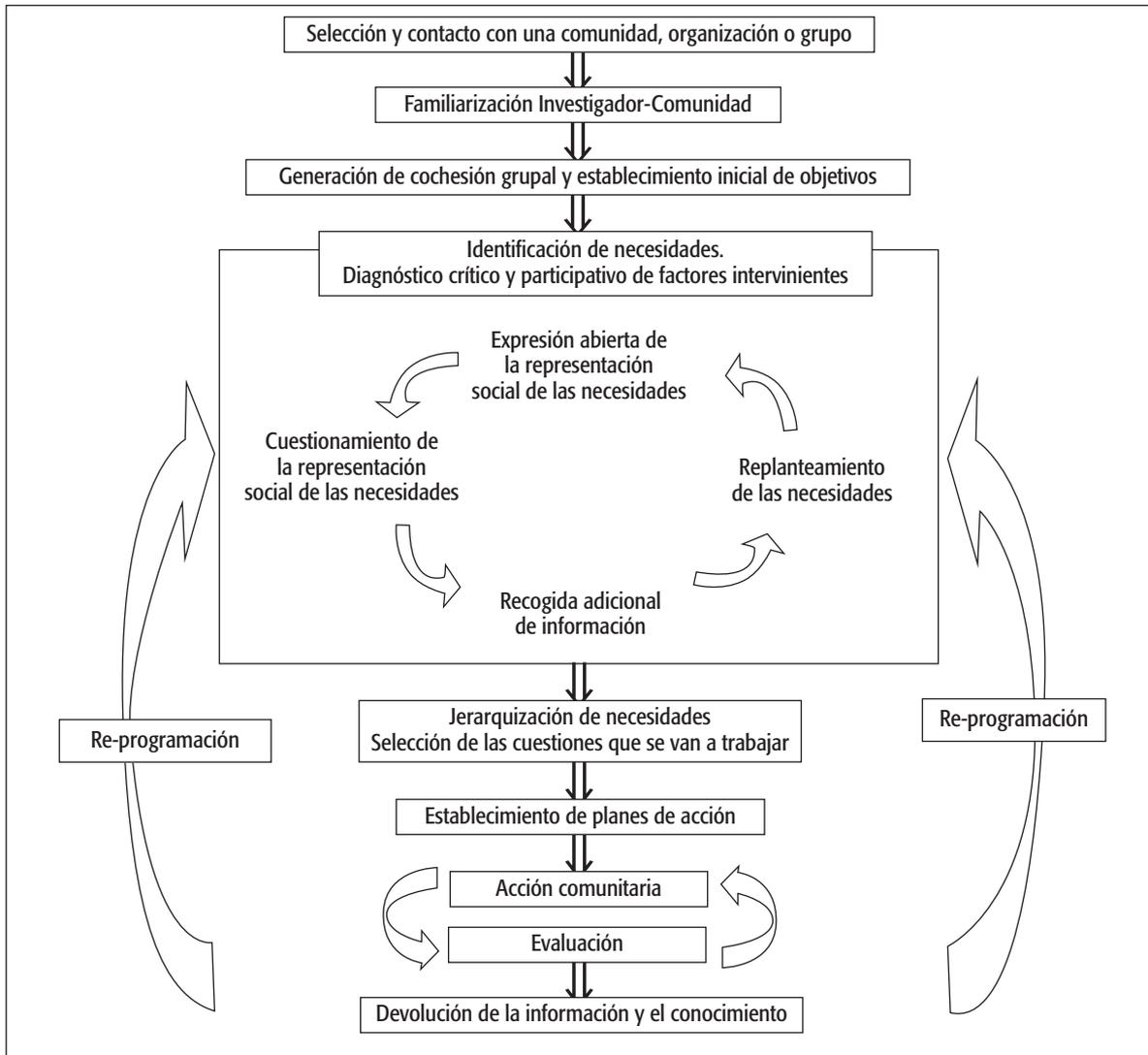


Investigación-Acción-Participativa

Existe un conjunto de propuestas que pretenden integrar investigación y acción social, estimulando la participación activa en el proceso de los sujetos investigados. Su origen se adscribe habitualmente al momento de aparición de los primeros trabajos de *Investigación-Acción* (IP), desarrollados por John Collier entre 1930 y 1945 y por Kurt Lewin en los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial (Reason y Bradbury, 2001), bajo la inspiración teórica de las ideas del pragmatismo americano y, más concretamente, de los postulados de John Dewey. Estos trabajos representaron una innovación en el campo de la investigación y la intervención por intentar transformar la situación social investigada. Posteriormente, la acción y la reflexión teórica llevada a cabo por diferentes autores latinoamericanos, especialmente Orlando Fals Borda y Paolo Freire, tomando como referentes, entre otros, las propuestas de la teoría crítica, terminará dando forma a la *Investigación-Acción-Participativa* (IAP) que hará especial hincapié en los procesos de concientización y transformación social basados en la participación activa de grupos y comunidades. A partir de sus propuestas originarias, muy vinculadas al trabajo comunitario en poblaciones sometidas a procesos de marginación socio-estructural, la IAP alcanzará una gran diversificación en sus contextos de aplicación y sus métodos de trabajo (véase Figura 20.3).

Las propuestas de la IAP desechan la neutralidad epistemológica, reclamando un posicionamiento de compromiso transformador por parte de los científicos sociales. Desde la contextualización sociohistórica, marcan como objetivo no ya la obtención de un saber supuestamente objetivo, generalizable y predictivo, sino la puesta en marcha de procesos sistemáticos de recuperación y construcción del conocimiento colectivo que estimulen

FIGURA 20.3. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN-PARTICIPATIVA
(Basado en López-Cabanas y Chacón, 1999)



y orienten una praxis transformadora y emancipatoria. Su sistema de trabajo pretende encontrar un equilibrio entre los diseños prefijados y los emergentes, combinando la sistematicidad con la flexibilidad y la sensibilidad a las demandas del entorno, y cimentando su efectividad en la fundamentación teórico-práctica, la integración del conocimiento popular, la verificación intersubjetiva y la utilidad social del conocimiento. A lo largo de todo el proceso de investigación y acción, la participación de los sujetos investigados, como elementos activos y responsables de la toma de decisiones inherente al mismo proceso (algo que hemos venido enfatizando desde el primer epígrafe del primer capítulo de este manual), es tanto un recurso como un objetivo cardinal. A pesar de que en su inicio los procesos de IAP adoptaran abordajes preferentemente

cualitativos, pueden compatibilizar e integrar abordajes cuantitativos. A su vez, si bien sus formulaciones originales estaban destinadas a un tipo de trabajo comunitario en el que se favorecía la interacción directa entre investigador y comunidad y la continuidad entre investigación y acción, en la actualidad su modelo es aplicable a poblaciones de diferentes dimensiones y puede llevarse a cabo en fases sucesivas relativamente independientes.

3.4.2. La definición de la muestra y su relación con la población o universo

La selección de los sujetos a quienes serán aplicadas las técnicas de recogida de información, o de los casos a los que se aplicarán las técnicas de análisis, es uno de los elementos clave del proceso de investigación y tiene importantes implicaciones sobre las características y la capacidad de generalización de los resultados.

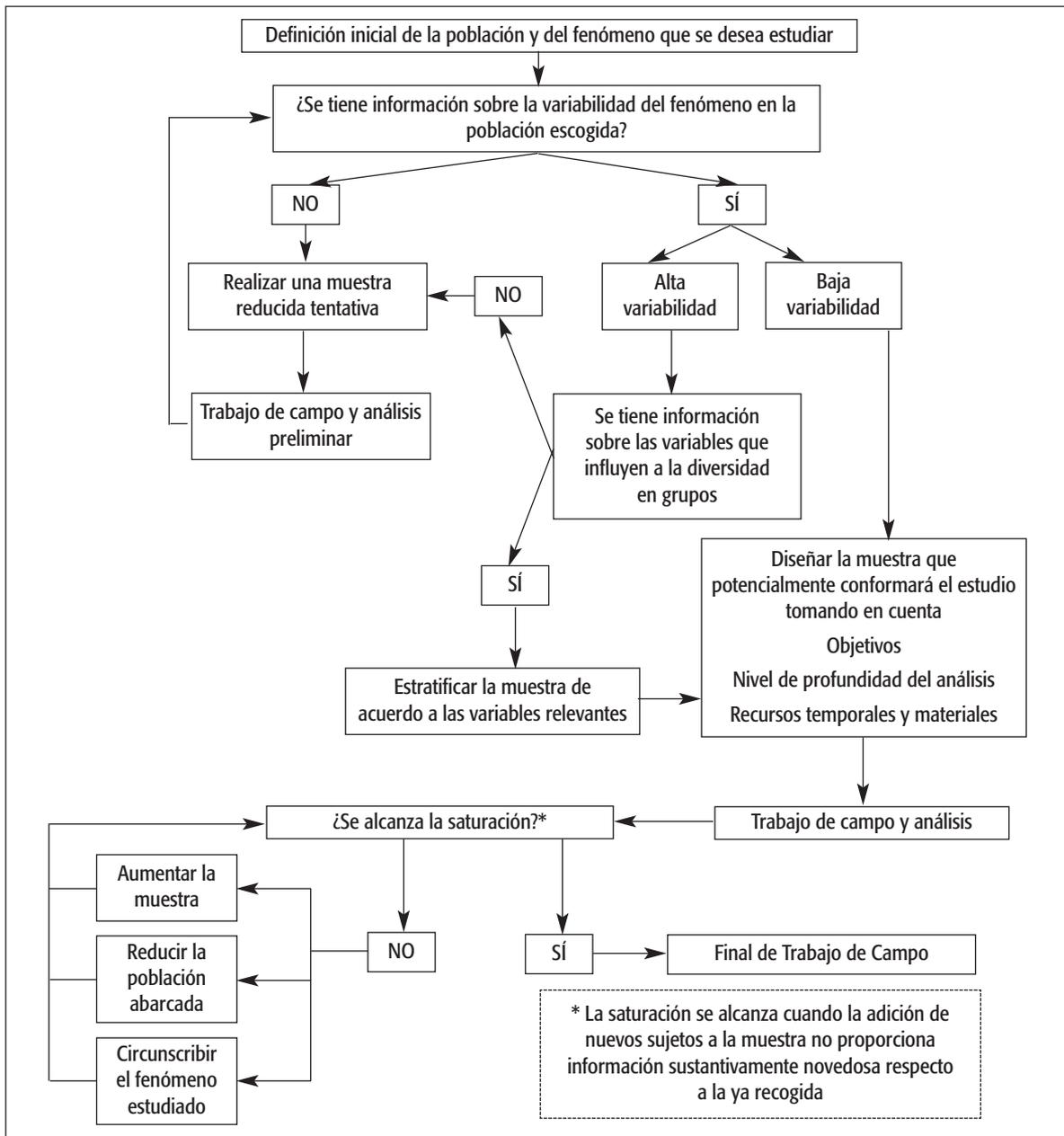
Si se pretende obtener resultados de carácter *descriptivo*, debe tenerse en cuenta que las técnicas cualitativas no pretenden dimensionar numéricamente los fenómenos, sino ofrecer descripciones intensivas de sus propiedades. Así, pueden estar destinadas a especificar las variedades o tipos de un fenómeno sin prestar atención preferente a la frecuencia que cada uno de ellos tiene en la población (por ejemplo, describir diferentes modos de construcción del discurso legitimador por parte de integrantes de grupos violentos, o caracterizar diferentes formas de conducción de riesgo en la población adulta, con independencia de su mayor o menor incidencia en la población general). A su vez, pueden estar dirigidas a un fenómeno específico o un caso crítico, privilegiando una aproximación fenomenológica que permita analizar procesos, contextualizarlos, habilitar indicaciones operativas de cara a la intervención o proporcionar datos que orienten las decisiones de futuras investigaciones, en detrimento de la generalización (por ejemplo, analizar por qué una población concreta presenta una tasa de suicidio juvenil elevada). De este modo, la investigación de orientación cualitativa se beneficiará en menor medida de la selección de casos al azar y más del análisis de casos que puedan proporcionar información rica y extensa, siendo especialmente adecuada para orientarse a los destinatarios de la intervención.

Cuando un estudio pretende obtener resultados dirigidos a la *exploración y contrastación de hipótesis*, las técnicas cualitativas se enfrentan a dificultades similares a las que se tienen que enfrentar las técnicas cuantitativas, sobre todo de cara a la generalización³. En ambos casos, es necesario seleccionar y explicitar los criterios que permiten establecer equivalencias entre la muestra y la población o universo, delimitando el marco y la validez de la generalización de los resultados. En este sentido, la investigación de orientación cualitativa tiene recursos de gran interés para cimentar dicha equivalencia. En primer lugar, los abordajes cualitativos, tanto por su potencial carácter recursivo como por su sistema de análisis, permiten al investigador realizar un ajuste dinámico entre las dimensiones de la población, la muestra y el fenómeno estudiado. Los tres elementos pueden ampliarse o restringirse hasta alcanzar una adecuada concordancia. Para ello se puede acudir al criterio de saturación (circunstancia en la que la adición de nuevos sujetos o casos a la muestra no proporciona información sustantivamente novedosa respecto a la ya recogida). En segundo lugar, el análisis en sí permite evidenciar procesos y relaciones que se convierten en un ulterior criterio para juzgar en qué medida las características de la muestra estudiada pueden generalizarse, en consonancia con los referentes teóricos y con los resultados de otros estudios. Como evidencia Bryman (2004), la generalización en la investigación que emplea técnicas de recogida y análisis de datos cualitativos no tiene que ver con la representatividad estadística de una muestra respecto al universo acotado, sino con la representatividad de

³ Sólo la utilización de muestras *probabilísticas* (muestras en las que se conoce la probabilidad de los sujetos de la población de aparecer en la muestra) permite la extrapolación directa de los resultados a la población o universo. Cualquier estudio que utilice muestras *no probabilísticas* (con independencia del abordaje y el tamaño) deberá acudir a otro tipo de criterios para justificar la generalización de sus resultados a una población concreta. De este modo, tiene escasa utilidad mostrar que una relación entre dos variables es estadísticamente significativa —lo cual corresponde a decir que se garantiza con cierto margen de confianza que la diferencia encontrada en la muestra se encontrará también en la población— si no definimos y justificamos cuál es la población representada por la muestra.

los casos respecto a las proposiciones teóricas. Por otro lado, si la investigación está dirigida a fundamentar programas de intervención, serán los objetivos que éstos se propongan los que definirán el grado de generalización o contextualización más adecuados. En la Figura 20.4 presentamos una posible secuencia de los pasos a seguir en la definición de la muestra para una investigación de orientación cualitativa.

FIGURA 20.4. PASOS PARA LA DEFINICIÓN DE UNA MUESTRA DESDE LA PERSPECTIVA CUALITATIVA



3.4.3. Selección y aplicación de técnicas e instrumentos

La selección de las técnicas (estrategias generales de recogida de información) y los instrumentos (herramientas específicas que se utilizan para aplicar las técnicas escogidas) depende directamente de las características del objeto de estudio y de los objetivos e, indirectamente, de los recursos del investigador y de su contexto. En la práctica existe un rico abanico de opciones, difícilmente diferenciables a partir de la dicotomía entre cualitativo y cuantitativo. Además, entre la amalgama de lo que se consideran habitualmente como «técnicas» existen niveles muy diferentes de especificidad y de vinculación a determinadas perspectivas teóricas o analíticas. De ahí que resulte difícil trazar una única clasificación, exhaustiva y excluyente. Asumiendo esta limitación, incluimos en el Cuadro 20.14 una panorámica de las técnicas de recogida de información utilizadas de forma más frecuente en la investigación psicosocial y una breve explicación sobre la perspectiva de análisis predominante que se aplica a la información obtenida a través de cada una de ellas. Ello debería permitir al psicólogo que se proponga implementar alguna intervención en el campo de los fenómenos psicosociales contar con criterios más claros a la hora de decidir qué técnica o herramienta emplear. En este apartado ofrecemos igualmente algunas precisiones sobre las técnicas más utilizadas desde la perspectiva cualitativa.

CUADRO 20.14 TÉCNICAS FUNDAMENTALES DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

DENOMINACIÓN		DESCRIPCIÓN	PERSPECTIVA DE ANÁLISIS
Análisis de material documental		Recopilación y análisis de documentos escritos, visuales o audio-visuales.	Gran rango de posibilidades de análisis que van desde la obtención de indicadores cuantificables o el análisis categorial hasta el análisis del discurso.
Observación	Participante	Recogida de información a partir de la percepción de un agente externo que se implica en el suceso observado e interacción con los actores.	Eminentemente cualitativa y vinculada a la perspectiva etnográfica, pero abarcable también desde diferentes perspectivas cualitativas y cuantitativas.
	No participante	Recogida de información a partir de la percepción de un agente externo no implicado en el proceso observado.	Gran rango de posibilidades de análisis cualitativo y cuantitativo condicionadas por el grado de sistematicidad y estructuración previa de la observación.
Entrevista		Obtención de información a partir de una interacción comunicativa dialógica entre el investigador y el sujeto.	Gran rango de posibilidades de análisis cualitativo o cuantitativo dependiendo en gran medida del grado de estructuración de la interacción.
Historia de vida/autobiografía asistida		Recogida de información a partir de documentos y/o de la interacción comunicativa sobre la forma en que una persona construye y da sentido a su vida.	Eminentemente cualitativa y vinculada a la perspectiva etnográfica.
Técnicas grupales	Grupo de discusión	Interacción moderada por el investigador entre un grupo pequeño de sujetos que no se conocen entre sí y que guardan una relativa homogeneidad en relación con el aspecto investigado.	Eminentemente cualitativa, sujeta a diferentes niveles de análisis.

CUADRO 20.14 TÉCNICAS FUNDAMENTALES DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN (Continuación)

DENOMINACIÓN		DESCRIPCIÓN	PERSPECTIVA DE ANÁLISIS
Técnicas grupales	Entrevista de grupo	Interacción comunicativa entre el investigador y un grupo pre-existente.	Eminentemente cualitativa, sujeta también a diferentes posibilidades de cuantificación.
	Técnicas de análisis y toma de decisiones	Generación de percepciones o decisiones consensuadas por un grupo a través de pautas estructuradas de interacción guiadas por el investigador.	Susceptible de un amplio rango de posibilidades de análisis cualitativo y cuantitativo.
Técnicas de dramatización y «role-playing»		Escenificación de situaciones en las que los sujetos deben actuar desempeñando papeles o funciones determinadas.	Eminentemente cualitativa, aunque susceptible de cuantificación.
Auto-informes	Cuestionarios	Recogida de información a partir del registro por escrito de las respuestas que da un sujeto a un conjunto prefijado de preguntas.	Si bien la propia técnica pretende generar una información reducida y condensada, es susceptible de un amplio rango de posibilidades de análisis cualitativo y cuantitativo.
	Escalas	Recogida de información escrita sobre un constructo específico plasmando las respuestas del sujeto a un grupo prefijado de indicadores. Las preguntas cobran sentido sólo en su conjunto y en tanto que indicadores del constructo.	Eminentemente cuantitativas y sujetas previamente a un proceso pautado de construcción, validación y, en su caso, baremación.
	Inventarios	Recogida de información por escrito a partir de las respuestas que da el sujeto a un conjunto de preguntas sobre una temática concreta. Las preguntas tienen significado en sí mismas.	Muy vinculadas al estudio de caso único, pero susceptibles de análisis de orientación fundamentalmente cuantitativa.
	Auto-registros	Recogida de información escrita por parte del propio sujeto investigado sobre sus conductas y/o los contextos en los que tienen lugar.	Vinculadas tanto al estudio de caso único como a un amplio conjunto de posibilidades de análisis cuantitativo y cualitativo.
Pruebas subjetivas		Recogida de información a partir de la calificación o clasificación que hace un sujeto de conceptos, objetos o personas, siguiendo pautas de un amplio grado de flexibilidad.	Muy vinculadas al estudio de caso único, pero susceptibles de un amplio conjunto de posibilidades de análisis cuantitativo y cualitativo.
Test proyectivos		Obtención de información sobre la personalidad y/o cogniciones de un sujeto a través de su respuesta no estructurada a un conjunto de estímulos de carácter ambiguo.	Origen eminentemente psicodinámico, cualitativo y vinculadas al estudio de caso único, pero mantienen actualmente un amplio rango de posibilidades de análisis cuantitativo.
Registros psicofisiológicos		Plasmación a través de la amplificación y el registro instrumental de las respuestas del sistema somático y nervioso del sujeto investigado.	Eminentemente cuantitativo.
Determinaciones analíticas		Medición de niveles corporales de determinados compuestos bioquímicos o indicadores.	Eminentemente cuantitativo.

3.4.3.1. Análisis documental

El material objeto del análisis documental no debe necesariamente ser generado por el propio investigador. Es posible acceder a las llamadas *fuentes secundarias* que representan un conjunto ordenado de datos o unidades informativas producido para una finalidad anterior o distinta a la que persigue el investigador en el presente (Callejo y Viedma, 2005, p. 2). Existe una gran variedad de documentos susceptibles de análisis que incluye el uso de registros *numéricos*, oficiales o no (censos, encuestas, registros de actos administrativos, etc.); de *registros escritos* producidos por instituciones (informes, comunicados, declaraciones, etc.), medios de difusión (artículos, notas de prensa, etc.), otros investigadores (transcripciones de entrevistas, grupos o cuadernos de observación, etc.) o particulares (cartas, diarios, memorias, etc.); y de *registros visuales y audiovisuales* (fotografías, dibujos, filmaciones, etc.), entre otros.

Las ventajas del uso del material documental estriban en el bajo coste de la no reactividad, la posibilidad que ofrecen de obtener información que de otro modo sería inaccesible y seleccionar aquella más característica o propia del objeto de la intervención. Sus inconvenientes fundamentales residen en los sesgos existentes en su producción, registro, conservación u obtención, en la falta de control del investigador sobre múltiples aspectos de su producción y en el peligro de su interpretación descontextualizada (Vallés, 2000). Por ello, el investigador debe estar especialmente atento al examen de su autenticidad, credibilidad y representatividad, reproduciendo en la obtención de la muestra de material documental y en su análisis criterios similares a los que deben aplicarse al material resultante del propio trabajo empírico.

3.4.3.2. Observación

La observación es una técnica utilizada con planteamientos y objetivos muy diversos por diferentes perspectivas teóricas. Su aplicación puede articularse en diferentes dimensiones: en primer lugar, la dimensión *participante/no participante* delimita el grado de implicación y contacto del observador con el contexto en el cual se desarrolla el fenómeno que pretende estudiar; en segundo lugar, la dimensión *endógena/exógena* establece si la observación se realiza por los propios sujetos observados o por personas ajenas; en tercer lugar, la dimensión *estructurada/no estructurada* define en qué grado la observación se dirige al registro de un conjunto de contenidos definidos a priori o se lleva a cabo de forma abierta. Las potencialidades y límites de la observación dependen, en último término, de cómo se aplique en la práctica. Sin embargo, para proporcionar alguna orientación general, podemos destacar, entre las ventajas, la posibilidad de acceder directamente a los fenómenos estudiados y, especialmente en el caso de la observación no participante, con una mayor validez ecológica en comparación con otras técnicas (Anguera, 1981). Entre las desventajas, podemos señalar la mayor dependencia de las prácticas perceptivas, interpretativas y valorativas del investigador con respecto a otras técnicas, la aplicación exclusiva a fenómenos que poseen características observables y las restricciones muestrales (Anguera, 1981).

3.4.3.3. Entrevista

La entrevista constituye una de las técnicas sustantivas de recogida de datos cualitativos en el ámbito de la investigación e intervención psicosociales. Su característica esencial es el desarrollo de una interacción verbal entre el investigador y los sujetos de la muestra, existiendo múltiples formas de articular el modo en que ésta se lleva a cabo. Una de las tipologías más comunes emplea como criterio de diferenciación el grado de estructuración de la entrevista, la cual puede ser *no estructurada* (el entrevistador parte simplemente de una pregunta abierta que realiza al inicio y de un conjunto genérico de tópicos que estima de interés y que puede tratar e introducir en función de las respuestas del entrevistado), *semi-estructurada* (el entrevistador parte de un guión en el que establece un conjunto de preguntas sobre cuestiones concretas, aunque deja

amplio margen para profundizar o ampliar la entrevista en función de las respuestas del entrevistado), y *estructurada o estandarizada* (el entrevistador emplea un guión en el que las preguntas que debe realizar al entrevistado, y su secuencia, están claramente definidas de modo que cualquier persona entrevistada reciba los mismos estímulos verbales). Dependiendo obviamente del grado de estructuración, las ventajas fundamentales de la entrevista son la riqueza informativa, el coste reducido, la accesibilidad a elementos no observables, el potencial grado de intimidad respecto a otras técnicas y, en el caso de las entrevistas semi o no estructuradas, la flexibilidad y posibilidad de indagación de aspectos inesperados. Entre sus desventajas destacan la potencial reactividad, la descontextualización y la dificultad para contrastar la veracidad de determinadas informaciones (Valles, 2000). En el Cuadro 20.15 recogemos algunas indicaciones para su desarrollo.

CUADRO 20.15. INDICACIONES ÚTILES PARA EL DESARROLLO DE LA ENTREVISTA
(Adaptado de Kvale, 1996)

- Aprovechar el inicio de la entrevista para crear un clima relajado y de confianza.
- Iniciar la entrevista con preguntas abiertas que conlleven poca implicación emocional, en las que el entrevistado pueda expresarse libremente e ir abarcando posteriormente cuestiones más concretas.
- Colocar las cuestiones de mayor implicación en los momentos centrales de la entrevista.
- Después de realizar las preguntas, dejar al entrevistado un espacio de silencio suficiente para contestar, sin apremiar una respuesta inmediata.
- Cuando el entrevistado tenga dificultad para hablar o expresarse puede intentarse:
 - ✓ Repetir y reformular lo que acaba de decir.
 - ✓ Hacerle la misma pregunta de otra forma.
 - ✓ Discutir las hipótesis que entrevistador va formulando.
 - ✓ Intentar no introducir nuevos temas con nuevas preguntas.
- Intentar no introducir comentarios, palabras, ideas que no sean del entrevistado o que no sean estrictamente extrapolables desde lo que ha dicho anteriormente.
- Intentar agotar un tema sin saltar demasiado de uno a otro para que no pierda el hilo.
- Si es necesario, recordar al entrevistado que no se le está juzgando ni valorando.
- Terminar la entrevista nuevamente con preguntas de carácter abierto y distendido en las que se ofrezca al entrevistado la oportunidad de expresarse u opinar sobre un tema en el que está cualificado.

3.4.3.4 Técnicas grupales

Bajo la etiqueta genérica de técnicas grupales se recoge un conjunto muy heterogéneo de técnicas destinadas a recoger y/o producir información a partir de la interacción con un grupo. En función de las características de las personas seleccionadas y del modo en que se estructure la interacción, se pueden perseguir objetivos y obtener resultados de muy diversa índole. En el Cuadro 20.16 señalamos algunas de las características fundamentales de las técnicas grupales más empleadas. Debe tenerse en cuenta que las estructuras de interacción grupal que estimulan los procesos de influencia mayoritaria y de conformidad grupal no son de por sí contra-productivas de cara a la validez de los resultados y permiten acceder a diferentes aspectos de la estructura y dinámica grupales. Sin embargo, si se desea generar decisiones consensuadas y cualificadas que aprovechen y consideren las diferentes tendencias de opinión del grupo, es oportuno el empleo de técnicas de trabajo grupal

que neutralicen los efectos de la conformidad. Entre las ventajas genéricas de las técnicas grupales, destacan la riqueza de la información obtenida, la posibilidad de enriquecimiento de los resultados como consecuencia de los procesos de sinergia grupal, la posibilidad de acceder o reproducir contextos cercanos a la interacción espontánea y afianzar estructuras sociales para la implementación de acciones interventivas. Entre las desventajas, cabe señalar la potencial influencia de los procesos de conformidad y deseabilidad social, las dificultades de control, la necesidad de una adecuada cualificación para su conducción y la dificultad para acceder a contenidos de carácter personal.

CUADRO 20.16. ALGUNAS DE LAS TÉCNICAS GRUPALES MÁS UTILIZADAS

Técnico	Condiciones	Objetivos
Lluvia de ideas	No evaluación de las intervenciones. Estímulo de la divergencia.	Generar ideas, propuestas o soluciones creativas /novedosas sobre una cuestión.
Grupo de discusión	Anonimato. Igualdad de estatus dinamizador-participantes. Interacción informal y poco estructurada. Estímulo del contraste de opinión entre los participantes.	Recoger las percepciones de los participantes sobre un tema y el modo en que elaboran y defienden su discurso acerca del mismo.
Entrevista de grupo	Pertenencia grupal compartida. Respuesta pública. Interacción moderadamente estructurada.	Recoger información sobre las percepciones y las formas de interacción que desarrolla un grupo preformado.
Phillips 66	Alternancia de trabajo en pequeños grupos y gran grupo. Interacción estructurada. Presión temporal.	Generar, con un cierto grado de consenso y en un corto espacio de tiempo, un conjunto de ideas o propuestas sobre un tema.
Grupo nominal	Alternancia del trabajo individual y la exposición en público. Interacción formal y controlada para limitar la discusión pública. Votaciones privadas destinadas a priorizar ideas y propuestas.	Generar en un espacio de tiempo limitado un conjunto de ideas o propuestas sobre un tema concreto elaboradas por un grupo heterogéneo de personas con elevados conocimientos y/o experiencia, favoreciendo el consenso y evitando la polémica.
Foro público	Respuesta pública ante una audiencia. Interacción estructurada. Clima evaluativo.	Generar apoyo por parte de los diferentes grupos que integran una comunidad o colectivo.

A continuación detallamos con algo más de extensión los criterios que deben considerarse para el desarrollo de algunas de las técnicas más importantes.

Grupo de discusión

El grupo de discusión (término genéricamente equivalente al de *grupo focal*) es una de las técnicas grupales más utilizadas en el ámbito de las ciencias sociales. Tiene como objetivo reproducir un contexto informal en el cual un conjunto de personas pueda expresar y confrontar libremente sus ideas sobre un tema. Su tamaño

oscila entre las 4 y las 12 personas, aunque se aconseja contar con no menos de 7 y no más de 10 participantes. Los participantes deben guardar cierta homogeneidad en las características de interés para la investigación y deben ser desconocidos entre sí⁴ para facilitar la expresión libre y diversa de opiniones y creencias. A diferencia de otras técnicas, el grupo de discusión no está pensado para desarrollar un consenso o para tomar decisiones, sino para obtener información sobre la forma en que estructuran sus percepciones y su discurso los sujetos participantes. Es necesario crear un clima social de naturalidad, donde se pueda dar una influencia mutua entre los participantes del grupo para garantizar un adecuado desarrollo del proceso. Los temas a tratar están cuidadosamente escogidos y ordenados de antemano, siguiendo la secuencia lógica y natural de una conversación. El moderador actúa dinamizando la interacción grupal y estimulando el contraste de opiniones entre los participantes, sin introducir valoraciones o juicios. Entre las ventajas del grupo de discusión destacan la flexibilidad, la validez subjetiva, el coste relativamente reducido y la rápida disponibilidad de los resultados. Entre sus limitaciones se encuentra un menor grado de control que en las entrevistas individuales y la necesidad de poseer, por parte de los moderadores, una formación especial. Dado que los participantes no deben conocerse entre sí, el proceso de captación y convocatoria presenta ciertas dificultades (Krueger, 1991; Vallés, 2000).

**CUADRO 20.17. RECOMENDACIONES PARA EL DISEÑO Y DESARROLLO DE GRUPOS DE DISCUSIÓN
(Adaptado de Krueger, 1991).**

- Debe comenzarse la dinámica grupal dando una información básica y verosímil acerca del propósito del estudio; no obstante, se debe guardar cierta ambigüedad para que los sujetos no guíen sus respuestas de acuerdo a esta información previa. Por otra parte, siempre deben aclararse las dudas que tengan los participantes sobre los objetivos de la investigación o la entidad responsable o patrocinadora.
- Se promueve el uso de preguntas abiertas comenzando por cuestiones más generales y avanzando por cuestiones más específicas. Se evitan las preguntas con respuestas dicotómicas, ya que no favorecen la discusión grupal. Raramente se pregunta ¿por qué? En su lugar, es preferible preguntar «qué» o «cómo» se sienten u opinan acerca del objeto de la discusión.
- Las preguntas deben presentarse en un contexto espacio-temporal. Hay que tener especial precaución con la tendencia a responder según la experiencia inmediata; por ello, es preferible referir las preguntas al pasado.
- Los temas de interés imprevistos que surjan durante el desarrollo de la dinámica deberán ser anotados para su posterior abordaje, aunque no tratados inmediatamente para no romper el plan de la sesión.
- Las pruebas-piloto deberán tener en cuenta la naturaleza de las preguntas, las características de los participantes, su interacción y los procedimientos del moderador.
- Es preferible utilizar un moderador que se ocupe de guiar la sesión y un ayudante que tome notas y se ocupe de los detalles logísticos.

⁴ Existe una gran diversidad y ambigüedad en cuanto a la terminología de las técnicas grupales, especialmente en la distinción entre entrevistas grupales, entrevistas *de* grupo, entrevistas *en* grupo y grupos de discusión o focales (véase Bryman, 2004). A efectos meramente operativos, hemos recogido la definición de grupo de discusión realizada por Krueger (1991) a partir de las diferencias que el tipo de pertenencia genera en la interacción grupal. Lo cual permite, a su vez, diferenciar entre grupo de discusión y entrevista de grupo. En cualquier caso, animamos al lector a definir la estructura de las técnicas grupales que haya de utilizar en función de sus objetivos más que en función de las etiquetas, partiendo siempre de un adecuado conocimiento y comprensión de los fenómenos grupales.

CUADRO 20.18. EJEMPLO DE GUIÓN DE GRUPO DE DISCUSIÓN CON JÓVENES SOBRE CONSUMO DE DROGAS (Martín *et al*, 1998)

A) Introducción

Bienvenida a los participantes.
Presentación del moderador y su ayudante.
Agradecimiento por su colaboración.

B) Breve exposición del propósito del estudio

Objetivos del estudio. Modo de selección utilizado. Oferta de resultados.

C) Explicación de las normas básicas del grupo de discusión

Motivar para que emitan libremente sus opiniones.
Señalar que no hay respuestas correctas ni incorrectas.
Justificar y solicitar el permiso para grabar la sesión (estudio de respuestas).
Hablar de uno en uno, para una mejor eficacia en las intervenciones.
Dirigirse a los participantes por sus nombres de pila.
Asegurar la confidencialidad de la información obtenida y de sus identidades.
Decir que la sesión durará aproximadamente 2 horas.

D) Planteamiento de las cuestiones

Pregunta general

¿Cuáles son las actividades que realizáis durante vuestro tiempo libre y que producen un mayor temor en la sociedad?

El consumo de drogas

Nos gustaría que profundizarais sobre el consumo de drogas y nos describierais la forma en que los jóvenes consumen (dónde, con quién, cuándo, etc.).

¿Cuáles son los motivos o razones que llevan a consumir drogas?

¿De qué manera creéis que influye la escuela en el consumo de drogas?

¿De qué manera creéis que influye la familia?

¿Cómo creéis que influyen los amigos?

¿Cómo creéis que influyen los medios de comunicación?

¿Qué consecuencias tiene consumir drogas?

¿Qué soluciones se os ocurren para el tema del consumo de drogas entre los jóvenes?

Entrevista de grupo

El término *entrevista de grupo* es una etiqueta genérica que se utiliza de forma bastante imprecisa en el ámbito de la investigación e intervención psicosocial. A efectos operativos podemos emplearla para designar la entrevista que se realiza a un conjunto de personas que son miembros de un mismo grupo, ya sea primario o secundario. Esta forma de trabajo se define en oposición tanto a la *entrevista en grupo*, que da nombre simplemente a la realización de una entrevista simultánea a un conjunto de personas, como al *grupo de discusión*, en el que se intenta que no exista relación previa entre los participantes. En la entrevista de grupo, la interacción entre uno o varios entrevistadores, de una parte, y los miembros de un mismo grupo o categoría social significativa, de otra, estimula la expresión de las percepciones y conductas que las personas, en tanto que miembros de un grupo, asumen, acentuando los discursos que articulan para obtener distintividad social. De este modo, la entrevista de grupo es una técnica orientada a explorar específicamente la forma en que un grupo estructura, de cara al exterior, los elementos que definen su identidad y subcultura, y las dinámicas de interacción intra e

intergrupales. No es adecuada, en cambio, para obtener información sobre las percepciones y los procesos individuales, para explorar eventuales divergencias grupales, o para recabar información contrastada sobre eventos. Al contrario que el grupo de discusión, la entrevista de grupo presenta un vínculo más directo con la intervención, ya que permite mapear y conocer a los grupos presentes en un determinado conjunto social, entrar en contacto con ellos, detectar directa o indirectamente sus problemas o necesidades concretas, potenciar sus dinámicas y la integración o participación con el resto de agrupaciones del conjunto social.

Técnicas de análisis y toma de decisiones: Phillips 66

El Phillip 66 es una técnica estructurada que alterna el trabajo en pequeños subgrupos con el trabajo en grupo, empleando una temporalización estricta de las diferentes tareas. Su desarrollo es, en líneas generales, el presentado en el Cuadro 20.19. Esta técnica permite generar en un breve espacio de tiempo un conjunto de información que sintetiza la opinión del grupo sobre alguna cuestión concreta, fomentando, mediante el trabajo en subgrupos, una mayor diversidad de opiniones. No permite, sin embargo, desarrollar un análisis en profundidad, ni abordar adecuadamente temas complejos o conflictivos. Al igual que el grupo nominal y el grupo de discusión, está más orientado a recoger información que, en un segundo momento, permita implementar intervenciones.

CUADRO 20.19. PROCEDIMIENTO DEL PHILLIPS 66 (adaptado de Aguilar, 1990)

1. Explicación del procedimiento y los objetivos.
2. Formulación de la pregunta o cuestiones sobre las que se va a trabajar.
3. División del grupo en subgrupos, en principio de 6 personas.
4. Cada subgrupo designa un coordinador y un portavoz y trabaja durante un tiempo de 6 minutos (o un tiempo más amplio, pero previamente marcado) para dar respuesta conjunta a la cuestión planteada.
5. Se reúnen a los subgrupos y cada portavoz va exponiendo por turno, en un breve espacio de tiempo, las opiniones del subgrupo, haciendo mención a las posibles discrepancias.
6. Se anota en una pizarra o papel la síntesis de los informes presentados y se hace un resumen de la misma.

Técnicas de análisis y toma de decisiones: Grupo nominal

El grupo nominal es una técnica estructurada de trabajo y toma de decisiones que alterna el trabajo individual con la exposición pública del mismo, con el objeto de garantizar la representatividad y diversidad de la información y/o las decisiones generadas por un conjunto de personas. El término nominal (grupo «sólo de nombre») hace referencia a la limitación de la interacción entre sus participantes que se establece en esta técnica. Es especialmente útil cuando deben reunirse personas que mantienen alta cualificación o estatus en sus respectivos entornos para generar un consenso productivo en un espacio reducido de tiempo. La duración oscila entre las 2 y 4 horas aproximadamente y, aunque existen diferentes variantes de aplicación de esta técnica, su estructura se aproxima a la que detallamos en el Cuadro 20.20.

Entre las ventajas del grupo nominal destaca la capacidad para neutralizar algunos fenómenos de la interacción grupal tales como la influencia mayoritaria, el acaparamiento de la participación por parte de algunas personas del grupo o la defensa cerrada de propuestas por motivos de mantenimiento del estatus personal o de defensa de intereses personales o corporativos. Sin embargo, reduce la sinergia grupal y necesita de un elevado grado de motivación e implicación por parte de los participantes, de una adecuada cualificación por

parte del dinamizador, así como un importante trabajo de selección y convocatoria. Los denominados *Paneles Delphi* representan una variante del grupo nominal en la que los participantes no llegan a reunirse físicamente. En este caso, al investigador compete la tarea de reunir, sistematizar y seleccionar la información que envían los participantes en rondas sucesivas (Vallés, 2000).

CUADRO 20.20. PROCEDIMIENTO DEL GRUPO NOMINAL (Adaptado de Aguilar, 1991)

1. Presentación del objetivo de la técnica y formulación del problema o cuestión que se va a analizar mediante una pregunta abierta por parte del dinamizador.
2. En caso de tratarse de un grupo grande, se divide en subgrupos de 5 a 8 personas y se pide que cada persona conteste en un tiempo limitado de forma privada e individual a la pregunta formulada.
3. Una persona de cada subgrupo registra de forma escrita en una pizarra o papel las respuestas de cada participante de forma que todo el grupo pueda leerlas, sin que se permita la discusión sobre las mismas y sin que se seleccionen o supriman respuestas.
4. Se permite que cada subgrupo discuta sus resúmenes, con el propósito de clarificar y elaborar las ideas, pero sin suprimir, condensar o resumir las propuestas.
5. Se desarrolla una votación preliminar, privada, en la que cada miembro del grupo selecciona un número reducido de ideas (5, por ejemplo) que estima como más interesantes, ordenándolas por grado de interés. Se recopilan todas las puntuaciones y su registro en público.
6. Se desarrolla una breve discusión, destinada a garantizar la adecuada comprensión de las propuestas.
7. Se desarrolla una votación privada en la que cada participante selecciona de forma definitiva y priorizada las ideas o propuestas.
8. Se registran los resultados de la votación, estructurados en una lista en la que se priorizan las ideas.

3.4.3.5. Historia de vida

La historia de vida es una estrategia de investigación de origen interdisciplinar, enmarcada dentro de la metodología biográfica, que se centra en el análisis de las experiencias y trayectorias de vida de sujetos concretos y de su conexión con los eventos y las fases de su ciclo vital. Existen ciertas discrepancias en cuanto al uso concreto de esta etiqueta y otras relacionadas (relato de vida, historia oral, autobiografía), en función de la inclusión o no de documentos adicionales al relato de la persona entrevistada y de la referencia o no a la elaboración del investigador del relato biográfico (véase Pujadas, 1992 o Miller, 2000). En cualquier caso, la base sobre la que se fundamenta este enfoque es el estudio de caso único, mediante la recogida de información a través de la interacción directa, utilizando un número variable de entrevistas en profundidad de carácter abierto en las que se hace especial énfasis en las experiencias y vivencias personales del entrevistado. Este enfoque puede complementarse con la recogida y análisis tanto de otro tipo de documentos relacionados con la biografía del entrevistado como con relatos paralelos procedentes de otras fuentes. Entre las ventajas de la historia de vida destaca la densidad y riqueza de la información que proporciona y que puede convertirse en una fuente de conocimiento e hipótesis para sucesivas investigaciones, la oportunidad de entrar vicariamente en las experiencias de las personas entrevistadas y la posibilidad de ofrecer una visión temporal de eventos que desde otras perspectivas solamente se pueden analizar de forma aislada. Sus desventajas tienen que ver fundamentalmente con los problemas de generalización, la carencia de criterios para la selección de los participantes, los problemas de veracidad y la elevada inversión de tiempo y disponibilidad que conlleva. La historia de vida puede ser, en primer lugar, una técnica útil para intervenciones que se orienten al nivel individual o a pequeños grupos, ayudando a revertir,

cambiar o afianzar procesos, potenciar dinámicas de adaptación, reinserción, remediación o refuncionalización. A su vez, la riqueza de información que proporciona puede ser una herramienta muy eficaz para evidenciar procesos de marginación o discriminación y para estimular la concienciación colectiva de grupos y comunidades.

3.4.4. Las estrategias de análisis y extracción de conclusiones

Las estrategias de análisis de la información recogida están estrechamente ligadas a las fases anteriores y condicionan en gran medida el resultado de todo el proceso. En este aspecto concreto existe una división más definida entre las estrategias y técnicas de análisis etiquetadas como *cuantitativas* y *cualitativas* que entre las técnicas de recogida de información. En el caso de las estrategias y técnicas de análisis *cuantitativo* se hace referencia a procedimientos que permiten trabajar con el análisis de datos utilizando una base numérica, estableciendo una serie de supuestos de partida y de sistemas de cálculo e interpretación que atienden a reglas relativamente estandarizadas. En el caso del análisis *cualitativo*, estamos refiriéndonos a un conjunto de procedimientos destinados a interpretar información utilizando una base textual (en el que el símbolo lingüístico o la imagen es el sustrato), de acuerdo con sistemas de trabajo consensuados en sus líneas generales en determinadas áreas de conocimiento o campos disciplinares. Aunque los procedimientos de análisis cuantitativo tengan un mayor nivel de estandarización, tanto en los métodos de carácter cualitativo como cuantitativo, el investigador se enfrenta a un complejo proceso de toma de decisiones al estructurar, procesar e interpretar los resultados. Dicho proceso está, por tanto, sustancialmente mediado por el *juicio* del investigador.

En los cuadros 20.21 y 20.22 presentamos un resumen de algunas de las técnicas y procedimientos encuadrados en cada categoría, exponiendo sus objetivos y aportando algunos ejemplos de su aplicación. En el siguiente apartado desarrollamos con más profundidad las estrategias de análisis cualitativo, remitiendo a los textos de Pardo y Ruiz (2005) y Hair, Anderson, Tatham y Black (1999) para una referencia más detallada de las estrategias de análisis cuantitativo.

CUADRO 20.21. TÉCNICAS CUANTITATIVAS DE ANÁLISIS DE DATOS MÁS UTILIZADAS

	Objetivo	Técnicas fundamentales	Ejemplos de aplicación
Análisis descriptivo	Describir las características de un conjunto de observaciones.	Calculo de Frecuencias relativas y absolutas, Índices de Tendencia Central (media, moda, mediana) y Desviación (varianza, desviación típica).	Describir la opinión que la población general de un Estado mantiene hacia la legalización del aborto después de haber aplicado un cuestionario a una muestra representativa del mismo.
Análisis exploratorio	Explorar la estructura de relaciones que subyace a los datos.	<i>Exploración de dimensiones subyacentes y reducción de variables:</i> Análisis Factorial, Análisis de Correspondencias, Escalamiento multidimensional.	Conocer qué grandes dimensiones componen el constructo Calidad de Vida analizando las respuestas de una muestra a un gran conjunto de indicadores concretos.
		<i>Agrupación de sujetos y casos:</i> Análisis de conglomerados/clusters.	Detectar qué grandes grupos de opinión existen en la población general a través del análisis de sus respuestas a un conjunto amplio de cuestiones polémicas.

CUADRO 20.21. TÉCNICAS CUANTITATIVAS DE ANÁLISIS DE DATOS MÁS UTILIZADAS (Continuación)

	Objetivo	Técnicas fundamentales	Ejemplos de aplicación
Análisis inferencial univariado	Contraste de relaciones entre dos variables o grupos de observaciones.	Análisis de Tablas de Contingencia, Contraste de Medias, Índices de Correlación. Regresión.	Analizar la relación que existe entre el consumo de tabaco y el cáncer de pulmón después de haber registrado ambas variables. Analizar las diferencias en el nivel de estrés que presentan trabajadores con distinta carga de responsabilidad dentro de una institución.
Análisis inferencial multivariado	Contraste de relaciones entre una o más variables dependientes («efectos» o «criterio») y dos o más variables independientes («causas» o «predictores»).	Análisis de Varianza Multifactorial, Análisis de Varianza Multivariante, Análisis de Regresión Múltiple, Análisis Discriminante.	Analizar la eficacia que tienen diferentes formas de combinar la intervención grupal y la intervención individual para reducir el estrés post-traumático. Analizar la capacidad que tienen un conjunto de diferentes aptitudes para predecir el éxito escolar.
Modelización	Generación y contrastación de estructuras complejas de relación entre variables.	Modelos de Ecuaciones Estructurales, Modelos de Redes Neuronales, Simulación.	Analizar la capacidad que tienen diferentes variables referidas al ámbito familiar, laboral y a las características de personalidad para predecir la aparición de conductas adictivas, analizando y tomando también en cuenta las interrelaciones establecidas entre ellas.

CUADRO 20.22. ALGUNAS DE LAS TÉCNICAS CUALITATIVAS DE ANÁLISIS MÁS UTILIZADAS

Estrategia	Técnicas fundamentales	Técnicas fundamentales
Análisis de Contenido Clásico	Transformar la información manifiesta de un texto en material estructurado susceptible de análisis estadístico.	Analizar categorialmente las respuestas a una entrevista realizada a profesores de una institución educativa para hacer una clasificación de los problemas percibidos como más relevantes.
Descripción etnográfica	Establecer una descripción exhaustiva de un determinado fenómeno social y de los significados que les atribuyen sus actores.	Investigar las formas de relación y la estructura intragrupal de una comunidad de emigrantes percibidas mediante observación participante.
Inducción Analítica	Generar una teoría sobre un fenómeno social y comprobar su validez.	Validar y modificar la Teoría del Comportamiento Planificado a partir de entrevistas semi-estructuradas a personas que consumen drogas de síntesis.

CUADRO 20.22. ALGUNAS DE LAS TÉCNICAS CUALITATIVAS DE ANÁLISIS MÁS UTILIZADAS (Continuación)

Estrategia	Técnicas fundamentales	Técnicas fundamentales
Análisis de Teoría Fundamentada- Método de Comparación Constante	Desarrollar una teoría sobre un determinado fenómeno social, derivándola del análisis de la información empírica disponible y someténdola a repetido contraste con dicha información.	Construir una teoría para explicar por qué personas con un adecuado nivel de información no toman medidas de protección a la hora de mantener relaciones sexuales que conllevan riesgo potencial de transmisión del VIH a través de entrevistas semi-estructuradas.
Análisis Retórico Análisis de la Argumentación	Determinar los recursos retóricos y argumentativos que emplean los individuos para alcanzar el objetivo de ser persuasivos.	Comparar los discursos pronunciados por un grupo político situado en el Gobierno y otro grupo político situado en la Oposición para justificar su postura de implicación o no en un conflicto armado a través del análisis de material escrito y audiovisual.
Etnometodología Análisis de la Conversación Análisis del Discurso	Determinar las prácticas sociales a través del lenguaje y/o de otros elementos simbólicos (por ejemplo, imágenes) que realizan las personas de un contexto o grupo social determinado.	Estudiar la forma en que los miembros de un grupo juvenil radical construyen su identidad personal y social a través del análisis de entrevistas grupales e individuales.

Las propuestas sobre estrategias concretas de análisis de datos cualitativos y extracción de conclusiones surgieron, al igual que las reflexiones epistemológicas más generales, de ámbitos diferentes al de la Psicología, principalmente del antropológico y el sociológico. Las primeras de ellas, tales como la Inducción Analítica o el Análisis de Teoría Fundamentada (*Grounded Theory*) conocido también como Método de Comparación Constante, nacen de la sistematización y estructuración —bajo el «paraguas» del *positivismo* y *postpositivismo*— del método etnográfico y su aplicación a contextos diferentes de los «clásicos»: de las «tribus de primitivos» se pasa a instituciones, comunidades, minorías o grupos de las sociedades occidentales. También las propuestas iniciales que introdujeron cambios paradigmáticos significativos (nos referimos a las derivadas del «giro lingüístico» y enmarcadas en el *construccionismo*) surgieron en el ámbito de la Lingüística y la Semiótica, además de la Antropología y la Sociología. En efecto, de las estrategias que presentaremos, únicamente el Análisis del Discurso propiamente dicho ha sido desarrollado por psicólogos sociales. Los objetivos y criterios de cada una de las estrategias que exponemos se enmarcan en la perspectiva paradigmática vinculada a su origen histórico. Sin embargo, ello no implica que quien decida emplearlas deba asumir las propuestas *ontológicas* o *epistemológicas* subyacentes. Recae en el juicio del investigador adoptar aquellos elementos de las propuestas que considere *metodológicamente* pertinentes al objeto y los objetivos de su investigación e intervención.

4. ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS CUALITATIVO

4.1. El Análisis de Contenido Clásico (ACC)

Objetivo

El ACC es una estrategia de análisis que pretende reducir la complejidad y condensar la información contenida en uno o varios textos a través de un proceso de categorización irreversible que permite codificar numéricamente los aspectos del texto seleccionados y aplicar, en su caso, diferentes formas de tratamiento estadístico. Los resultados de los análisis apoyan procesos inferenciales desde un texto o conjunto de textos concreto al contexto social al que pertenecen.

Encuadre

La mayoría de los ACC culminan en la descripción numérica de algunas de las características de los textos para ser sometidas a procesos de análisis estadístico. Sin embargo, es creciente la atención a los elementos cualitativos del texto y la derivación de diferentes tipos de clasificaciones. De ahí, que el ACC puede considerarse, como señalan Bauer y Gaskell (2000), un puente o una técnica híbrida entre el formalismo estadístico y el análisis cualitativo propiamente dicho o, en otros términos, podemos considerar que el ACC se mueve a lo largo del continuo entre cuantitativo y cualitativo. La asunción básica del ACC es que los textos o el habla *representan* los contenidos mentales (por ejemplo, actitudes, emociones, etc.) y los productos de la interacción social (por ejemplo, valores, estereotipos, etc.). A través del análisis, por tanto, se reconstruyen tales representaciones principalmente en sus dimensiones sintácticas y semánticas. Es necesario subrayar que, durante el proceso de análisis, el texto padece transformaciones irreversibles: una vez codificado, el texto original no puede ser reconstruido. Por otro lado, las decisiones inherentes a la categorización y la codificación se adoptan a partir de —y deben ser coherentes con— los referentes teóricos del investigador. El cuantificacionismo, las pretensiones de objetividad, de fundamentación empírica y generalización, son los elementos originarios del ACC que le vinculan a las perspectivas *positivistas*.

Procedimiento

Para reducir la complejidad de los textos y convertir grandes cantidades de material en cortas descripciones de algunas de sus características, se opera una clasificación sistemática y un recuento de las unidades de texto. El procedimiento puede sintetizarse en los siguientes pasos:

1. Estructuración y selección de la información que va a ser objeto de análisis. Puede contemplarse toda la variedad de elementos incluidos dentro de la categoría *texto*, desde formatos restringidos de respuesta (como las contestaciones a una pregunta abierta de un cuestionario) hasta transcripciones de entrevistas o documentos que incluyan imágenes.
2. Establecimiento inicial de categorías, de forma que permitan una categorización exhaustiva (todas las unidades de texto deben ser categorizadas) y excluyente (la inclusión de una unidad de texto dentro de una categoría descarta su codificación en otras) a partir de los presupuestos teóricos y el análisis preliminar del texto. Se pueden considerar elementos tanto sintácticos como semánticos del lenguaje a la hora de definir las categorías.
3. Puesta a prueba del sistema de categorías a través de la codificación de una muestra de los textos y, si fuese necesario, reelaboración y reestructuración del sistema de categorías para garantizar que se cumpla el requisito de exhaustividad y se eviten las imbricaciones o ambigüedades entre categorías.
4. Codificación definitiva del texto.

5. Establecimiento de índices de acuerdo inter-jueces, con el objeto de evaluar la replicabilidad de la codificación.
6. Realización del análisis (análisis de contenido latente, contraste de hipótesis, análisis cuantitativo descriptivo, exploratorio o inferencial) a partir de la codificación realizada.

CUADRO 20.23. EJEMPLO DE APLICACIÓN DE ANÁLISIS DE CONTENIDO

El ejemplo que proponemos se refiere a la implementación del programa para demorar el inicio de la actividad sexual en adolescentes desarrollado por Marín, Coyle, Gardner y Cummings Larkin (véase Capítulo 10). El AC, en este caso, podría adaptarse tanto al objetivo de evaluar cuáles son las estrategias preventivas más eficaces entre los adolescentes norteamericanos de 10 a 13 años, como para evaluar la eficacia del mismo programa. En ambos casos, se trataría de codificar, de las entrevistas y/o los currículos de los adolescentes, las estrategias preventivas (uso del preservativo, retraso de la actividad sexual, disminución de la promiscuidad, toma de decisiones consensuada con las respectivas parejas, etc.), la actividad sexual y los riesgos asociados a la misma (enfermedades de transmisión sexual y los embarazos prematuros). El trabajo de codificación deberá ser sometido a evaluación de fiabilidad inter-jueces y derivará, finalmente, en una base de datos cuya variable dependiente sería la constituida por los riesgos asociados a la actividad sexual y las independientes por las estrategias preventivas y la misma actividad sexual. De esta forma, analizando la relación entre las estrategias de prevención, la actividad sexual y los riesgos de la misma, sería posible establecer, en primer lugar, cuáles son las estrategias que más evitan los riesgos y si la actividad sexual aumenta los riesgos; en segundo lugar, si las estrategias de prevención empleadas por los adolescentes han disminuido de forma significativa el nivel de riesgo.

4.2. La Inducción Analítica (IA)

Objetivo

Es un método de interpretación sistemática de los fenómenos sociales para la generación y contrastación de las hipótesis establecidas a partir de una teoría, a través del examen tanto de los casos que apoyan las hipótesis como de los que se desvían de las mismas. Su propósito final es la obtención de explicaciones generalizables.

Encuadre

La IA representa uno de los primeros métodos formulados de modo sistemático para el trabajo con hipótesis en el ámbito de la metodología cualitativa. Sin embargo, su tratamiento y aplicación en el momento actual ha dado claramente paso a otras propuestas que han alcanzado un grado mucho mayor de elaboración y han tildado de «ingenua» la pretensión de la IA, derivada de la perspectiva *positivista* y *postpositivista* subyacente, de alcanzar explicaciones causales generalizables, interpretadas al igual que leyes universales.

Procedimiento

Las fases del proceso de análisis, formulación y comprobación de hipótesis propuesto por la IA son las siguientes:

1. Formulación de una definición inicial aproximada del fenómeno que se pretende explicar.
2. Formulación de una explicación hipotética.
3. Examen de un caso a la luz de la hipótesis, con el fin de determinar su ajuste.
4. Si no se ajusta, se reformula la hipótesis o se redefine el fenómeno a explicar, quedando excluido ese caso concreto.

5. Después de analizar un cierto número de casos, puede alcanzarse certeza práctica, pero el descubrimiento de nuevos casos negativos requerirá la reformulación de la hipótesis explicativa o del fenómeno.
6. Se estudian casos adicionales, el fenómeno se redefine y las hipótesis se reformulan hasta que se establece una relación universal.

CUADRO 20.24. EJEMPLO DE APLICACIÓN DE LA INDUCCIÓN ANALÍTICA

Desde hace más de una década, el fenómeno de la violencia juvenil ejercida en grupo está al orden del día de las agendas públicas y ha suscitado gran alarma social. En el ámbito de la Comunidad de Madrid, este fenómeno ha sido caracterizado y dimensionado a través de una investigación desarrollada con una muestra representativa de los jóvenes que vivían en dicha comunidad (Martín *et al.*, 1998). Sin embargo, de cara a la intervención, se seguía precisando, por un lado, de una perspectiva más fenomenológica y procesual del fenómeno; por el otro, de estructurar un modelo explicativo que permitiera fundamentar acciones preventivas. Por tales motivos, nuestro equipo (Scandroglio, 2004; Scandroglio *et al.*, 2003) planteó una investigación encaminada a examinar la medida en que dos teorías psicosociales, la Teoría del Comportamiento Planificado (TCP) y la Teoría de la Identidad Social (TIS), podían explicar la conducta grupal violenta. Para ello, se empleó, además de un abordaje cuantitativo, un abordaje cualitativo a través de la realización de entrevistas a jóvenes que mantenían distintos niveles de implicación en la conducta grupal violenta en el momento de la entrevista (ninguna implicación, implicación reciente, alta implicación, e implicación pasada). Para el análisis de los datos cualitativos se empleó, entre otras, estrategias basadas en la IA.

La aplicación de la IA incluyó la generación de categorías definidas a partir de las propuestas teóricas consideradas. Tales categorías se emplearon para la codificación de los datos procedentes de las entrevistas y para la contrastación de las relaciones postuladas por los modelos teóricos. Dicha contrastación derivó en la construcción de un modelo teórico que proporcionaba útiles y eficaces estrategias de intervención de cara a la prevención. Así, por ejemplo, en relación con la TCP, se evidenció que los jóvenes implicados en conductas violentas valoraban como más favorables y probables determinadas consecuencias de la conducta percibidas como positivas, en concreto la consecución de «respeto», el mantenimiento del estatus, la defensa de uno mismo y los demás miembros del grupo y el resarcimiento por agresiones previas. Al mismo tiempo, se puso de manifiesto que los jóvenes valoraban como menos importantes y probables consecuencias de la conducta percibidas como negativas: por ejemplo, las repercusiones físicas, el aumento de los enemigos, de la inseguridad y de los problemas con el entorno y con la justicia. Sin embargo, a diferencia de las propuestas contenidas en la formulación de la TCP, se constató que la percepción de las consecuencias mantenía una relación de influencia recíproca muy estrecha con otros elementos del modelo teórico, especialmente con el control y las normas asumidas por el joven a partir de sus diferentes entornos de socialización. En concreto, se pudo establecer que determinadas normas grupales estaban al servicio de la minimización de las consecuencias negativas y condicionaban la sensación de control percibida por el joven.

Algunas de las directrices que se pueden derivar de los anteriores resultados para la prevención de conductas violentas son: orientar la intervención a los grupos de los jóvenes y no a los jóvenes considerados individualmente; trabajar con los grupos específicamente las dimensiones de comparación y las normas; diseñar conjuntamente con los ámbitos educativo y familiar proyectos de vida que contemplen posibilidades creativas y diferenciadas de valoración positiva del joven; potenciar las estrategias de supervisión de los progenitores, entre otras.

4.3. Análisis de Teoría Fundamentada (Grounded Theory) o Método de Comparación Constante (ATF-MCC)

Objetivo

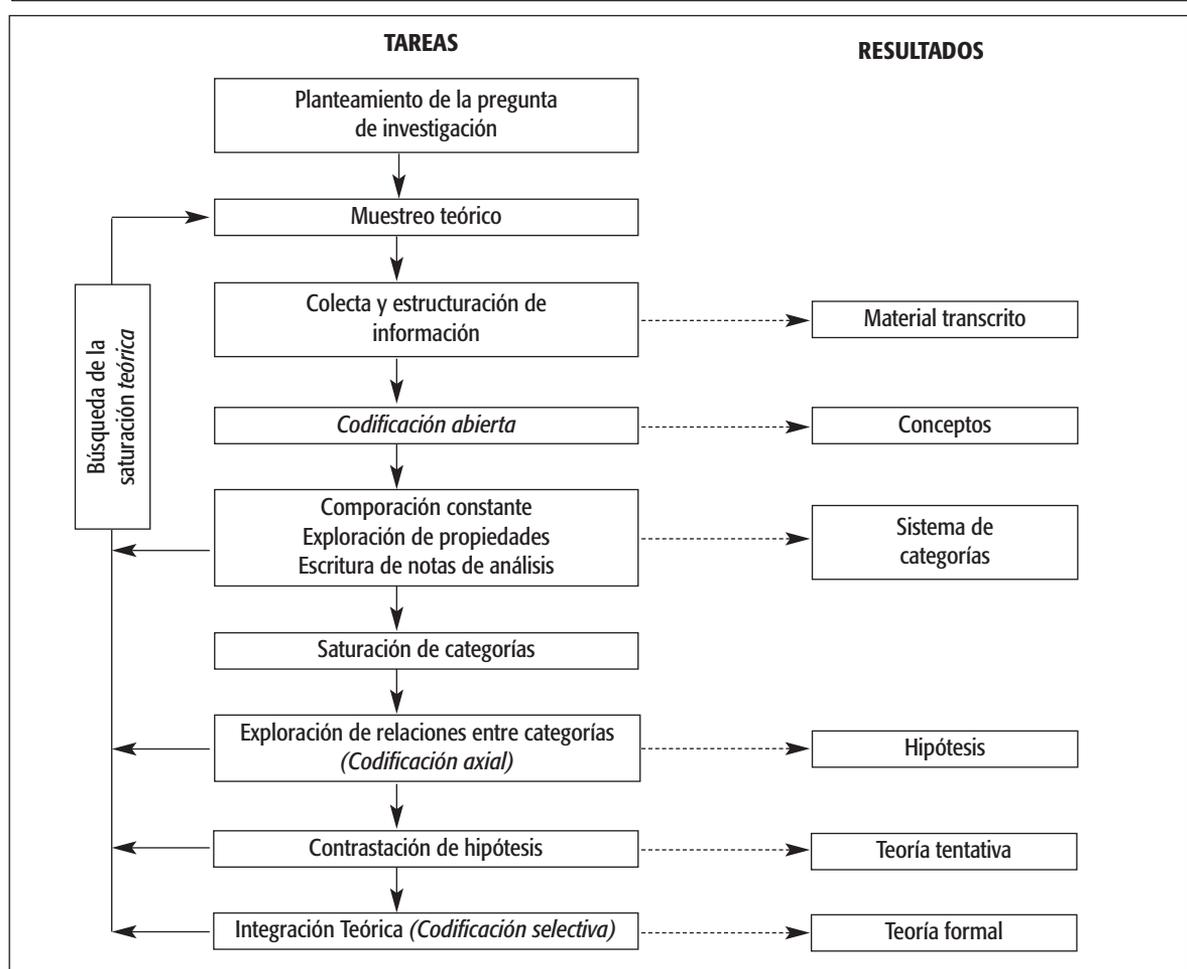
El ATF-MCC es un procedimiento sistemático de carácter inductivo y recursivo que guía la exploración, codificación, síntesis, análisis y conceptualización de los datos cualitativos de cara a la generación de teorías que permitan la comprensión y explicación de los fenómenos investigados.

Encuadre

No podemos decir que, paradigmáticamente hablando, con el ATF-MCC se abandone el *postpositivismo* y se pase a una perspectiva propiamente *interpretativista*. En efecto, la sistematización del proceso de análisis persigue la producción de explicaciones objetivas y fiables. Ahora bien, la generalización de la teoría final debe tener en cuenta la especificidad de los procesos explicados y es posible ampliar su alcance únicamente bajo determinadas condiciones y según determinados criterios. Por otro lado, el énfasis en la emergencia de la teoría a partir de los datos y en su contextualización, introducen ya elementos *interpretativistas*.

Aunque la propuesta inicial del ATF-MCC está contenida en una obra publicada conjuntamente por Glaser y Strauss (1967), en los años posteriores a su aparición cada uno de los autores ha desarrollado formulaciones alternativas al ATF-MCC original, apareciendo ciertas divergencias entre las propuestas de Strauss (1987), Strauss y Corbin (1990) y las de Glaser (1992). Esta diversidad, unida a la evolución experimentada en las formulaciones y la aplicación que de ella han hecho numerosos investigadores, dificulta la concreción de una estrategia clara y unificada (Bryman, 2004).

FIGURA 20.5. PROCESO DEL ATF-MCC



Procedimiento

De forma didáctica, estructuramos en la Figura 20.5 y en los siguientes puntos su desarrollo, tomando como base la obra de Strauss y Corbin (1990) y las articulaciones propuestas por Bartlet y Paine (1997), y Bryman (2004).

1. *Planteamiento de la pregunta de investigación.* El proceso comienza clarificando por parte del investigador las preguntas a las que debe responder su trabajo, delimitando en primera instancia el ámbito y el objeto investigado.
2. *Muestreo teórico.* Se diseña la muestra para la aplicación de la/s técnica/s de recogida de información mediante criterios de relevancia teórica y potencial informativo y no de aleatoriedad. A diferencia de otras perspectivas, el ATF-MCC propone una relación recursiva entre análisis y recogida de información y, por tanto, los resultados del proceso de análisis pueden guiar el trabajo de campo en la recogida de información complementaria y la selección de la muestra. De este modo, se asume que el diseño de la muestra inicial es tentativo y que la adecuación y/o suficiencia de la misma sólo podrán ser determinadas a través del proceso de análisis.
3. *Colecta y estructuración de la información.* La información recogida a través de las técnicas seleccionadas debe estructurarse de modo que sea susceptible de análisis, siendo el sistema más habitual la transcripción o transposición a texto y/o imagen.
4. *Codificación abierta.* La elaboración de las categorías es uno de los elementos centrales del procedimiento adoptado por el ATF-MCC y empieza ya desde la recogida de información. Las categorías se desarrollan, en una primera fase, siguiendo el método conocido como *codificación abierta*: a partir de la lectura detenida de los textos, se generan etiquetas que conceptualizan el contenido de los diferentes segmentos del texto. No se trata de aplicar un conjunto de categorías preestablecido, sino de elaborarlo a partir del texto. Las etiquetas se refieren habitualmente a conceptos, pero pueden designar procesos, sujetos, factores o cualquier otro elemento que, desde la sensibilidad teórica del investigador, sea relevante para el análisis del fenómeno investigado. Las categorías no son necesariamente ni excluyentes ni exhaustivas; es decir, un texto o parte de él puede ser incluido en categorías diferentes. Las técnicas más habituales derivan las categorías de las respuestas obtenidas a partir de la formulación de una batería de preguntas a la que se somete el texto, tales como ¿quién?, ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿qué?, ¿por qué? y ¿cómo?
5. *Comparación constante y exploración de propiedades.* El proceso de codificación abierta no sólo pretende estimular el descubrimiento de categorías, sino también el de sus propiedades y dimensiones; ello se realiza gracias a dos procedimientos analíticos apoyados en la comparación constante de la información: la búsqueda sistemática y activa de *propiedades* (subcategorías conformadas por posibles causas, condiciones, consecuencias, tipos, etc.) y la escritura de *notas de análisis e interpretación* destinadas a recoger las ideas surgidas durante la codificación. El propósito es llegar, a través del examen y comparación de las etiquetas generadas a lo largo de todo el texto, a un sistema jerárquico que agrupe conjuntos generales que traten de conceptos similares y de los cuales dependen o se derivan subcategorías y propiedades que los especifican.
6. *Saturación de categorías.* Llega un momento en el que el repetido examen de los textos y el desarrollo de categorías alcanzan un punto de saturación a partir del cual la lectura y el análisis no descubren elementos sustantivamente nuevos del fenómeno, ni propiedades nuevas que deban ser incluidas en las categorías. En el campo del ATF-MCC este proceso se relaciona también con la llamada saturación *teórica* referida, en este caso, no al proceso de categorización sino a la selección de la muestra: el investigador, a partir de una recogida inicial de datos, puede continuar accediendo a nuevos casos hasta que llegue el momento en que los nuevos casos no aportan nuevos elementos de cara a la comprensión del fenómeno

investigado. Esta fase, como hemos señalado, requiere también la formulación de *definiciones abstractas* de cada una de las categorías en términos de sus propiedades, dimensiones o subcategorías y, por tanto, aporta un conocimiento profundo y detallado de la naturaleza del fenómeno.

7. *Exploración de relaciones entre categorías (codificación axial)*. Por medio de la *codificación axial* se establecen conexiones entre diferentes categorías para formular hipótesis tentativas a partir de las relaciones establecidas. El enfoque del ATF-MCC sugiere que dicho proceso se realice a través de un *paradigma de codificación*, esto es, una herramienta heurística que podría articularse de la siguiente forma:

Condiciones causales ➔ Fenómeno ➔ Contexto ➔ Condiciones intervinientes ➔ Estrategias de acción e interacción ➔ Consecuencias

Las estrategias para la generación de hipótesis son similares a las utilizadas en la fase de desarrollo de las categorías, empleando las preguntas y la comparación constante y registrando las ideas generadas a través de notas de análisis. Estas notas vinculan determinadas categorías y sus propiedades con otras, explorando y describiendo la naturaleza de tales relaciones.

8. *Contraste de hipótesis*. Las hipótesis son sometidas a contrastación empleando los datos ya existentes o, en su caso, a través de la recopilación de nuevos casos seleccionados intencionalmente por su posible capacidad de contraste. El procedimiento de contrastación, desarrollado a través de la comparación constante con los datos, puede incluir, entre otros, la búsqueda del significado de los casos que no se ajustan, el examen de los casos extremos, el seguimiento de los hallazgos inesperados, la búsqueda de evidencias negativas, la replicación de los hallazgos y la contrastación de explicaciones rivales. El resultado de la comparación constante puede derivar tanto en la modificación del sistema de categorías como en la reformulación de las hipótesis. Este proceso permite una progresiva articulación e integración teórica que puede estructurarse, finalmente, en la formulación de una *teoría tentativa*.
9. *Integración Teórica (codificación selectiva)*. La integración teórica consiste en la formulación de una teoría fundamentada propiamente dicha. Implica identificar el proceso seguido durante la investigación, delimitando el fenómeno de interés, relacionándolo con las categorías identificadas y validando las relaciones establecidas. El proceso de *codificación selectiva* parte de la elección de una o varias *categorías centrales* que representan el fenómeno investigado y opera siguiendo el paradigma de codificación utilizado para la *codificación axial*. El objetivo final es formular una *teoría formal*, delimitada en función de los criterios de parsimonia y alcance, una vez que se haya constatando, a través del proceso de comparación constante, que se ajusta a los datos recogidos. En el Cuadro 20.25 presentamos un ejemplo de aplicación.

CUADRO 20.25. EJEMPLO DE APLICACIÓN DEL ATF-MCC

El ATF o MCC podría ser aplicado al ejemplo de intervención psicosocial de acompañamiento y trabajo en salud mental presentado por Martín Beristain y M^a Luisa Cabrera en el Capítulo 9. Los objetivos que perseguiría el análisis serían la construcción de un armazón teórico para la explicación del impacto de la violencia política en la salud mental de la población y el efecto de las estrategias comunitarias tanto en la reducción del impacto sobre la salud mental de la población como en la recuperación del bienestar mental. Para tales objetivos, se compondría un conjunto de materiales derivados de entrevistas individuales, entrevistas de grupo, actas o registros de reuniones y asambleas, etc. El siguiente paso sería la definición de categorías de análisis y de sus propiedades a partir de la lectura de los textos y la estructuración de las mismas en base a los efectos del proceso histórico en los diversos aspectos de la salud mental de la población, los factores adversos y las estrategias comunitarias empleadas en cada fase.

CUADRO 20.25. EJEMPLO DE APLICACIÓN DEL ATF-MCC (Continuación)

El proceso de transformación de los niveles de salud mental de la población, de este modo, aparecería como la categoría central alrededor del cual se estructurarían las demás categorías del análisis y con el cual se relacionarían. Podrían formularse entonces hipótesis sobre el modo en que han afectado determinados antecedentes personales, grupales y comunitarios a la forma en que se vive la violencia sufrida. Igualmente, se formularían hipótesis sobre la forma en que las distintas estrategias de intervención y acompañamiento han contribuido a resignificar y afrontar la experiencia de la masacre. La contrastación de las hipótesis formuladas en los testimonios recogidos y la búsqueda de nueva información contribuiría después a sostener o reformular las hipótesis. En un momento posterior permitiría el establecimiento de una formulación teórica que fundamentaría las acciones de intervención más efectiva que deban emprenderse en un futuro en comunidades que han sufrido procesos de violencia política. Estas conclusiones serían potencialmente concordantes con las conclusiones aportadas por los autores al final del capítulo que ofrecen directrices orientativas a programas de intervención comunitaria que hayan de emprenderse en situaciones similares.

4.4. Análisis Retórico (AR) y de la Argumentación (AA)

Objetivo

El propósito común es el análisis de la capacidad y efectividad persuasivas del discurso o texto, en el caso del AR a partir de los constituyentes del hecho retórico y considerando sus aspectos *sintácticos, semánticos y pragmáticos*, y en el caso del AA, a partir de los argumentos empleados. En este sentido, ambos pueden convertirse en una de las posibles herramientas seleccionadas para un proceso de análisis cualitativo complejo que se proponga múltiples y diferenciados objetivos.

Encuadre

El lenguaje, hablado o escrito, sigue manteniendo para el AR y el AA una función eminentemente *representativa o descriptiva* respecto de la realidad física o mental. Si bien el interés se focaliza en cómo se organiza o estructura, desde el punto de vista formal, el contenido para que sea persuasivo de cara a un auditorio o unos lectores, no se interpretan los recursos retóricos o argumentativos ni como insertados en *prácticas sociales específicas* (las que emplean herramientas lingüísticas) ni como prácticas sociales en sí. A los recursos retóricos o argumentativos, objeto del análisis, definidos y propuestos por autores clásicos como Aristóteles, Cicerón o Quintiliano (*Rhetorica recepta*), se deben añadir las aportaciones de la Lingüística textual, la Teoría literaria, la Poética tradicional y lingüística y que confluyen en la *Retórica general*. En el caso del AA, podemos hablar de una auténtica Teoría de la Argumentación a partir de las propuestas de Toulmin, esto es, a partir de la segunda mitad del siglo pasado.

Procedimiento

Para el AR es necesario tener en cuenta, en primer lugar, los dos elementos fundamentales del así llamado *hecho retórico*: el *proceso comunicativo* en el cual se relacionan orador o escritor con su audiencia o lectores a través del discurso o texto, y el *discurso* o *texto* en sí. Cada una de ellas se estructura en partes y procesos concretos que son objeto de análisis. Para los fines de este capítulo, tendremos en cuenta solamente el proceso que se refiere al análisis del discurso o texto en sí. Los pasos, en este caso, se pueden esquematizar como sigue:

1. En el primer paso se establece el carácter general del discurso o el texto, empleando para ello los géneros propuestos por Aristóteles (*demonstrativo, judicial y deliberativo*) que definen las funciones del discurso

o texto y la función del auditorio o de los lectores, caracterizando así las finalidades del proceso persuasivo.

2. En el segundo, se esquematiza el discurso o el texto identificando sus constituyentes formales o las *partes orationis*: el *exordio*, la *narración*, la *argumentación* y la *exhortación*.
3. Cada una de las partes coopera, según criterios propios y específicos, a la capacidad y eficacia persuasiva del discurso o del texto. De ahí que el tercer paso es analizar cada una de las partes y la relación que mantienen entre sí.
4. De las partes se analizarán también las figuras retóricas y argumentativas y los tropos.

En el caso del AA, es necesario tener presente que bajo la denominación de argumentación se entiende la actividad verbal o escrita cuyo objetivo es justificar o refutar una determinada opinión y persuadir a la audiencia o a los lectores. La estructura general de la argumentación, según Toulmin, está constituida por una proposición que se quiere defender o justificar, unos datos que la apoyan, un conjunto de garantías sobre el proceso que lleva de los datos a la conclusión defendida, apoyos a favor de las garantías y refutaciones respecto a posibles apoyos en contra de las garantías. El *argumento* se refiere a un conjunto de proposiciones de las cuales una o más son consideradas las *premisas*, y otra la *conclusión*. También en este segundo sentido, en cualquier caso, se da por supuesto el contexto interactivo en el cual se construyen los argumentos y el objetivo persuasivo. Tanto la forma de relacionar entre sí premisas y conclusión, como el contenido de las premisas, se derivan del ámbito de la *lógica formal* y de la propia *Teoría de la argumentación*.

4.5. Análisis del Discurso (AD) y Análisis de la Conversación (AC)

Siendo conscientes de la simplificación que supone, incluimos en un mismo apartado abordajes de análisis que, aun desarrollando metodologías diferenciadas, comparten una perspectiva epistemológica y estrategias de aproximación al texto similares.

Objetivo

El objetivo del AD o del AC es el examen de las estrategias y recursos que ponen en juego los sujetos pertenecientes a un contexto o grupo social para conseguir determinados fines. El AD se centra en mayor medida en los *repertorios interpretativos*, esto es, esquemas que proporcionan coherencia estilística y gramatical y están organizados alrededor de una o más metáforas, empleados en la producción del discurso para aumentar su capacidad persuasiva y obtener los fines que se propone. El AC presta mayor atención a los elementos lingüísticos, paralingüísticos y no verbales que inician, mantienen, regulan o ponen fin a la interacción verbal.

Encuadre

Ambas estrategias de análisis —aunque la opinión por lo que se refiere al AC no sea unánime— se enmarcan en la conceptualización del lenguaje propiciada por el «giro lingüístico» inaugurado por el *estructuralismo*. El AC es una derivación de la *etnometodología* (Garfinkel) de la cual asume el compromiso de analizar las interacciones verbales que se dan en contextos cotidianos u ordinarios, considerándolas como un foco preferente a través del cual analizar la estructura de la acción y la construcción del orden social. Además del *estructuralismo* y la *etnometodología*, otra aportación que reelabora e integra el AD proviene de la *teoría de los actos de habla* (Austin). En ambas perspectivas, el lenguaje no *representa* o *describe* la realidad física o mental, sino que es o bien una más entre las *prácticas sociales* o un contexto privilegiado para estudiar tales

prácticas. Es más, el lenguaje construye y modifica la realidad, y los significados que adquiere, en contextos y momentos específicos, son negociados en la interacción verbal. Los discursos, por otra parte, se construyen a partir de recursos lingüísticos preexistentes que son seleccionados dependiendo del contexto, de la función y el fin de las acciones que se realizan a través del mismo discurso. Una de las consecuencias de ello es el tratamiento, particularmente por parte del AD, de las incoherencias o inconsistencias en las producciones de un mismo sujeto: sus respuestas diferentes o incluso contrarias se deben a que el contexto, la función o el fin son diferentes. Por el mismo motivo, los elementos paralingüísticos del discurso son importantes a la hora del análisis porque son indicadores de los patrones sociales, culturales, políticos, etc. que estructuran y regulan las interacciones sociales.

Procedimiento del Análisis del Discurso

1. Recogida de información, con especial atención al contexto en el que se ha generado, y transcripción en formato escrito, de modo que queden reflejados también los aspectos paralingüísticos.
2. Desarrollo de repetidas y cuidadosas lecturas de los textos escogidos, sin aplicar en un principio estrategias de análisis, para permitir que se puedan experimentar algunos de los efectos discursivos del texto.
3. Selección de los materiales para el análisis y primera clasificación o categorización abierta, dictada por el objeto o el interés fundamental del estudio. Debe intentarse que todo el material potencialmente relevante sea incluido.
4. Búsqueda de variabilidad y consistencia a través de los repertorios interpretativos teniendo en cuenta el contexto en el que se producen. Determinación de las funciones que cumplen los recursos retóricos y argumentativos empleados o, en otras palabras, especificación de los fines perseguidos en la producción del discurso. Para este objetivo, es útil plantearse la producción del discurso como una forma de solucionar problemas y, por tanto, en primer lugar se debe identificar el problema, y en segundo lugar determinar cómo ha sido resuelto. Las preguntas que puede formular el investigador para orientarse en este paso del análisis pueden ser del tipo: ¿a qué «asunto», «transacción», «negocio» se está atendiendo en el discurso o en la interacción verbal?, ¿qué estrategias emplean los participantes para poder cumplir con ello? A la hora de responder a estas cuestiones debe prestarse atención a la terminología, los aspectos estilísticos y gramaticales y a las figuras utilizadas para la elaboración del discurso.
5. Redacción del relato de los resultados del análisis identificando inconsistencias y tensiones y, en su caso, retornando a los textos para clarificar las dificultades surgidas en el proceso.

CUADRO 20.26. EJEMPLO DE APLICACIÓN DEL ANÁLISIS DEL DISCURSO

Como podemos comprobar repasando las propuestas de intervención psicosocial presentadas en los diversos capítulos, la prevención de las conductas de riesgo en adolescentes y jóvenes es uno de los objetivos prioritarios en el campo de la salud, especialmente por lo que se refiere a las enfermedades de transmisión sexual y el abuso de sustancias ilegales. En ambos casos, una de las dificultades que debe enfrentar el trabajo preventivo a todos los niveles (desde el diseño de acciones educativas al diseño de propagandas), es la relación entre el cambio de actitudes y el comportamiento: ha sido ampliamente demostrado que, aunque el adolescente o joven posea información suficiente y de calidad, ello no es suficiente para que actúe de forma prudente.

CUADRO 20.26. EJEMPLO DE APLICACIÓN DEL ANÁLISIS DEL DISCURSO (Continuación)

Martín *et al.* (1998) desarrollaron un estudio sobre conductas de riesgo en los jóvenes de la Comunidad de Madrid que combinó la aplicación de un cuestionario a una muestra representativa de la población juvenil con la realización de grupos de discusión destinados a evidenciar la forma en que los jóvenes construían y expresaban sus percepciones sobre diferentes conductas de riesgo (véase Cuadro 20.18: Guión de Grupo de discusión). Una vez transcritas las sesiones grupales, y tras sucesivas lecturas, se procedió a una categorización abierta en la que se agruparon las respuestas tomando como base algunas líneas temáticas generales (patrones de realización, creencias sobre las consecuencias, influencia de ámbitos de socialización, propuesta de soluciones). Después se procedió a un análisis más detallado de cada una de ellas utilizando la perspectiva del AD con el objeto de buscar regularidades que permitiesen clarificar algunos resultados surgidos en el desarrollo de la investigación cuantitativa. Uno de ellos mostraba que los jóvenes consumidores –aun manteniendo una valoración algo más benévola de los efectos de la drogas en comparación con los jóvenes no consumidores– realizaban en términos absolutos una valoración altamente negativa de las drogas que, sin embargo, ellos mismos consumían.

El análisis de las transcripciones de los grupos de discusión evidenció que numerosos jóvenes elaboraban discursos destinados a conciliar la propia conducta de consumo con la percepción genérica de su perjudicialidad y evitando así el potencial malestar que supondría la contradicción entre ambas. Las estrategias para la resolución de esta potencial contradicción se centraban con frecuencia en la realización de comparaciones que aminorasen la relevancia del propio consumo, utilizando como elemento de comparación personas de menor edad, prácticas de consumo más frecuente que la propia o sustancias consideradas como más perjudiciales que las consumidas por ellos mismos. La distancia respecto a los elementos utilizados para la comparación se enfatizaba utilizando términos hiperbólicos o despectivos. Recogemos sólo dos ejemplos:

♂ *«Yo creo que el porro no te deja mal. Si fumas muchos porros, muchos porros si te dejan, pero... Un porro es menos dañino que el tabaco.»*

♂ *«Y si ya dices el tripi, dices "joé, el tripi, todavía" pero es que ya la coca, la coca sí que es mala.»*

(Grupo de Discusión 1, 15-18 años, Capital)

♀ *«Yo por ejemplo, en [***], yo me quedao flipá, porque yo estoy por aquí por [***], que es mi barrio y sí hay niños que se fuman un porro y vale, pero es que he ido a [***] y gente de 12 y 13 años: "Vamos a pillar", y tú dices "Bueno pero sí no te tienes en pie" (Grupo de Discusión 5, 15-18 años, Capital).»*

Los resultados ayudaron a poner en evidencia que el consumo de drogas no estaba necesariamente condicionado por la valoración de sus consecuencias, sino que los jóvenes acudían a un amplio conjunto de estrategias para aminorar las percepciones negativas sobre el propio consumo y continuar así obteniendo las consecuencias positivas proporcionadas a corto plazo por el consumo de drogas.

Desde el punto de vista de la intervención, se contribuyó a poner de manifiesto el limitado efecto preventivo de las campañas genéricas que etiquetan negativamente las drogas. Se sugería la necesidad de intervenir en el nivel micro-social, ofreciendo normas y conductas alternativas en el espacio del grupo de iguales que permitan obtener, por vías saludables, las consecuencias positivas que el consumo de drogas ofrece a los jóvenes.

Procedimiento del Análisis de la Conversación

Esta aproximación se propone investigar las prácticas sociales que organizan las interacciones verbales y estructuran la acción social, haciendo especial énfasis en el análisis de los elementos que se ponen en juego para regularlas. Para poder desarrollar un análisis de la conversación deben reflejarse adecuadamente los aspectos paralingüísticos y contextuales. Una vez que se han seleccionado y estructurado los fragmentos de la interacción objeto del análisis, éste se desarrolla, en líneas generales, de la siguiente forma:

I. Fase preliminar

1. Se examina en qué tipo de acciones o interacciones sociales están implicados los participantes.
2. Se determinan las secuencias que llevan a la iniciación de la acción y los procesos empleados por los participantes para establecer el marco de la acción.
3. Se examinan, posteriormente, tanto el contenido verbal como sus características paralingüísticas (prosodia, entonación, etc.). Tal examen se debe encuadrar en la estructuración de los turnos de palabra (indicadores preferentes de cómo se introduce el orden en la conversación y de su dependencia de códigos compartidos) y el tipo de respuesta dado por cada uno de los participantes a la intervención del otro (lo cual permite evidenciar otros elementos importantes de la conversación que son la estructura de las respuestas preferentes o esperadas, la petición o la concesión de informes y los mecanismos para restaurar la conversación).

II. Detección de patrones sistemáticos de interacción

1. Se construyen conjuntos de casos en los cuales se repiten patrones de interacción similares.
2. Se identifican las características comunes de los casos incluidos en cada conjunto.
3. Se propone una explicación analítica del fenómeno, identificando las condiciones o circunstancias en las cuales se emplean los diferentes patrones e identificando el problema que pretenden solucionar.

CUADRO 20.27. EJEMPLO DE APLICACIÓN DEL ANÁLISIS DE LA CONVERSACIÓN

Retomando algunos de los ejemplos propuestos hasta ahora (véase cuadros 20.20, 20.23, 20.25), las intervenciones psicosociales con adolescentes y jóvenes deben tener en cuenta, de una forma u otra, los aspectos identitarios tanto del adolescente o joven como de los grupos de iguales a los que pertenece: en el primer caso, podría ser el rol de género definido desde la interacción entre estándares culturales personales y sociales; en los otros dos casos, el autoconcepto definido a partir de la identidad individual y social o grupal. Especificar los procesos de construcción del autoconcepto y las influencias diferenciales de los entornos de referencia y el contexto cultural o social, permitiría habilitar vías de intervención preventiva más adaptativas y eficaces.

Según las propuestas de la Teoría de la Identidad Social, al darse una situación de comparación social entre dos grupos los efectos son: por un lado, los miembros del mismo grupo se perciben mucho más parecidos entre sí de lo que lo son en realidad; por el otro, los miembros de los dos grupos se perciben mucho más diferentes entre sí de lo que son en realidad. El conjunto de atributos con el que se comparan los miembros de un mismo grupo se organiza en un prototipo. En contextos no comparativos, siempre según la teoría mencionada, los miembros de un grupo se perciben como menos parecidos entre sí e, incluso, tienden a evidenciar lo que les diferencia e individualiza. En una investigación sobre violencia grupal juvenil, Scandroglio y colaboradores (2004) encontraron que, a las preguntas que intentaban definir el prototipo del grupo de iguales de los entrevistados (algunos de los cuales se implicaban en conductas violentas y otros no), no obtuvieron las respuestas que se esperaban. Para entender el porqué de ello, decidieron aplicar a los fragmentos de texto que contenían los intercambios referidos al prototipo un AC. Analizando las preguntas, se llegó a la conclusión que la mayoría de ellas individualizaba el sujeto frente a los demás miembros del entorno, evidenciando el «tú», o no introducía explícitamente una categoría externa. De tales intercambios proponemos un ejemplo:

Text units 78-104:

E: Y si tuvieras de alguna forma que decir las características que tenéis en común todos los miembros del grupo...

S: ¿Una característica en común? (.) Puf! Es que... nos parecemos en cosas pero... pero realmente en pocas, nos parecemos en que podemos estar juntos y estar allí (.) pero...

En aquellos intercambios en los cuales el entrevistador proponía un referente para la comparación social, «el resto de la gente», por ejemplo, efectivamente los atributos señalados por los entrevistados cumplían con la función de diferenciar y

CUADRO 20.27. EJEMPLO DE APLICACIÓN DEL ANÁLISIS DE LA CONVERSACIÓN (Continuación)

connotar. Componían, en otras palabras, un prototipo. Sin embargo, se encontró también un conjunto de intercambios anómalo respecto a los dos anteriores: en tales intercambios, los jóvenes proporcionaban un prototipo pese a que el entrevistador no introdujera un contexto de comparación social. Un análisis sucesivo permitió establecer que en tales intercambios los atributos sobre los cuales informaba el entrevistado eran únicamente de dos tipos. Los primeros eran atributos relativamente poco frecuentes, que caracterizan de por sí a minorías o devolvían esencialmente a un contexto de comparación social. Ejemplos de tales atributos son la raza, representada directamente por el color de la piel, y la nacionalidad. El segundo tipo de atributos estaba asociado al grupo que se involucraba en conductas violentas y al que pertenecía el entrevistado. Al definir el prototipo grupal, tales entrevistados recurrían a aquellos atributos que más directamente se asociaban a la violencia por ser ésta una conducta al servicio de la diferenciación grupal y de la obtención de estatus, esto es, de una identidad social positiva. Algunos de tales atributos, además, eran seleccionados por denotar claramente lo que diferenciaba los miembros del grupo respecto de los miembros de los grupos con los cuales se comparaban directamente, como en el ejemplo que proponemos a continuación: el ser «limpios» define a este grupo de Skin Head en contraposición a los Punkies, normalmente calificados de «guarros».

Text units 222-231:

E: ¿En qué otras cosas, por ejemplo, os parecéis o no os parecéis, por ejemplo, a nivel de gustos, me has dicho que el tema de la ideología es bastante similar...?

S: Sí, parecida.

E: ...a nivel de gustos, de música, de ropa...

S: Igual, igual, igual. Sí, los típicos plumas estos de malotes, que yo no llevo, pero otro amiguete mío sí lo tiene, pues no sé, forma de vestir, pues más o menos lo mismo, (.) eh, somos bastante higiénicos, todos, nos gusta ir bastante limpios y tal, y, no sé, forma de vestir, casi lo mismo; algunos un poco más pijos que otros, pero es lo mismo.

Una vez más, las indicaciones de cara a la intervención que se pueden derivar de resultados como los presentados, permiten diseñar estrategias mucho más adecuadas, capaces de promocionar cambios que se mantengan durante el tiempo y la inserción satisfactoria del adolescente o joven en su entorno relacional. En primer lugar, en esta etapa vital, el desafío de lograr una imagen de sí positiva hace que el adolescente y el joven estén mucho más permeables –y, por ello, en ocasiones más vulnerable– a las aportaciones grupales y sociales. De ahí que los programas preventivos deben dirigirse sobre todo a los grupos de pertenencia y proponer modelos de identificación alternativos que sepan competir con los vendidos mediáticamente para cubrir intereses comerciales. En segundo lugar, también es más frecuente en esta etapa vital que las posibilidades se vean restringidas por factores sociales y, entre la más eficaces, los adolescentes y los jóvenes opten por la comparación y la discriminación, esto es, construyan sus autoconceptos a partir de las identidades sociales positivas adquiridas a través de la contraposición y el conflicto con otros adolescentes y jóvenes u otros grupos. De ahí que los programas preventivos deben proponer estrategias más cooperativas y propias del nivel inter-personal.

CUADRO 20.28. DÓNDE AMPLIAR INFORMACIÓN SOBRE METODOLOGÍA CUALITATIVA

- **Sobre Investigación-Acción Participativa:** De Miguel (1993), López-Cabanas y Chacón (1999), Montenegro (2004), Callejo y Viedma (2006), López de Ceballos (1989), Gabarrón y Hernández (1994), Reason y Bradbury (2001).
- **Sobre Técnicas de recogida de información:**
 - ✓ *Análisis documental:* Vallés (2000), Callejo y Viedma (2005), González (1994).
 - ✓ *Observación:* Gutiérrez y Delgado (1994), Anguera (1981), Guasch (1997).
 - ✓ *Entrevista:* Flick (2004), Valles (2000, 2002), Sierra (1998), Kvale (1996).
 - ✓ *Historia de vida:* Aceves (1998), Pujadas (1992), Miller (2000).
 - ✓ *Técnicas grupales:* Vallés (2000), Russi (1998), Krueger (1991), Aguilar (1991), Vargas, Bustillo y Marfán (1993).
- **Sobre estrategias de análisis:**
 - ✓ *Visión general:* Valles (2000), Miles y Huberman (1994), Bryman (2004), Smith (2003), Silverman (2004).

CUADRO 20.28. DÓNDE AMPLIAR INFORMACIÓN SOBRE METODOLOGÍA CUALITATIVA (Continuación)

- ✓ *Análisis de Contenido*: Bardin (1986), Piñuel (2002), Bauer y Gaskell (2002).
- ✓ *Método de Comparación Constante-Análisis de Teoría Fundamentada*: Strauss y Corbin (1990), Trinidad, Carrero y Soriano (2006), Bartlet y Paine (1997), Charmaz (2003).
- ✓ *Análisis del Discurso y Análisis de la Conversación*: Haidar (1998), Willig (2003), Potter (2004), Potter y Wetherell (1988), Drew (2003), Heritage (2004).
- ✓ *Análisis Retórico y Análisis de la Argumentación*: Albaladejo (1991), Bauer y Gaskell (2000), Plantín (1998), Vega (2003).
- **Sobre el uso de programas informáticos para análisis cualitativo**: Lewins y Silver (2006).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aceves, J. E. (1998). La historia oral y de vida: del recurso técnico a la experiencia de investigación. En: J. Galindo (Comp.): *Técnicas de investigación en Sociedad, cultura y comunicación* (p. 207-276). México: Pearson. Addison Wesley Longman.
- Aguilar, M. J. (1991). *Técnicas de animación grupal*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Albaladejo, T. (1991). *Retórica*. Madrid: Editorial Síntesis
- Álvarez, J. M. (1986). Investigación cuantitativa/investigación cualitativa: ¿Una falsa disyuntiva? En T. D. Cook y Ch. S. Reichardt, *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa* (p. 9-23), Madrid: Ediciones Morata.
- Anguera, M. T. (1981). *Metodología de la Observación en las Ciencias Humanas*. Madrid: Cátedra.
- Bardin, L. (1986). *El análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- Bartlett, D. y Payne, S. (1997). Grounded Theory-Its Basis, Rationale and Procedures. En G. McKenzie, J. Powell y R. Usher, *Understanding Social Research: Perspectives on Methodology and Practice* (p. 173-195). London: The Palmer Press.
- Bauer, M. W. y Gaskell, G. (2002). *Qualitative Researching. With text, image and sound*. London: Sage Publications.
- Bryman, A. (2004). *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Callejo, J. y Viedma, A. (2005). *Proyectos y estrategias de Investigación Social: La perspectiva de la intervención*. Madrid: McGraw Hill.
- Charmaz, K. (2003). Grounded Theory. En J. A. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology* (p. 81-110). London: Sage.
- Cook, T. D. y Reichardt, Ch. S. (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- De Miguel, M. (1993). La IAP, un paradigma para el cambio social. *Documentación Social*, 93. 91-108.
- Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of qualitative research*. London: Sage.
- Drew, P. (2003). Conversation análisis. En J. A. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology: A practical guide to research methods* (p. 132-158). Londres: Sage.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata y Fundación Paideia.
- Gabarrón, P. y Hernández, J. (1994). *Investigación participativa*. Cuadernos metodológicos 10. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Glasser, B. G. (1992). *Basics of Grounded Theory Analysis*. Mill Valley, CA.: Sociology Press.
- Glasser, B. G. y Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- González, B. (1994). La utilización de los datos disponibles. En Ferrando *et al.* (Comp.): *El análisis de la realidad social* (p. 245-273). Madrid: Alianza.
- Guasch, O. (1997). *Observación participante*. Cuadernos Metodológicos, 20. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Guba, E. G. y Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park CA: Sage.
- Gutiérrez, J. y Delgado, J. M. (1994). Teoría de la observación. En J. Gutiérrez y J. M. Delgado. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Haidar, J. (1998). Análisis del discurso. En J. Galindo (Comp.) *Técnicas de investigación en Sociedad, cultura y comunicación* (p. 117-164). México: Pearson. Addison Wesley Longman.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. y Black, W (1999). *Análisis Multivariante*. Madrid: Prentice-Hall Iberia.
- Heritage, J. (2004). Conversation analysis and institutional talk: analysing data. En D. Silverman (Ed.), *Qualitative Research. Theory, Method and Practice* (p. 222-245). Londres: Sage (2ª Edición).
- Hughes, J. y Sharrock, W. (1999). *La filosofía de la investigación social*. México: Fondo de Cultura Económico.

- Krueger, K. (1991). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Kuhn, Th. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid: F.C.E.
- Kuhn, Th. (1982). *La tensión esencial*. México: F.C.E.
- Kvale, S. (1996). *InterViews*. London: Sage.
- Lazarsfeld, P. F. (1954). *Mathematical thinking in the social sciences*. New York, NY, US: Free Press.
- Lewins, A. y Silver, C. (2006). *Choosing a CAQDAS Package*. CAQDAS Networking Project. <http://caqdas.soc.surrey.ac.uk/>
- López de Ceballos, P. (1989). *Un Método para la Investigación-acción participativa*. Madrid: Ed. Popular.
- López-Cabanas, M. y Chacón, F. (1999). Investigación-Acción Participativa. En M. López-Cabanas y F. Chacón: *Intervención psicosocial y servicios sociales* (p. 163-182). Madrid: Síntesis.
- Martín, A., Martínez, J. M., López, J. S., Martín, M. J. y Martín, J. M. (1998). *Comportamientos de riesgo: violencia, consumo de drogas y conducta sexual de riesgo en la juventud*. Madrid: Entinema. Dirección General de Juventud.
- Miles, M. B. y Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis*. Thousand Oaks, CA.: Sage.
- Miller, R. L. (2000). *Researching Life Stories and Family Histories*. London: Sage.
- Montenegro, M. (2004). Investigación-Acción Participativa. En G. Musitu, Herrero, J., L. M. Cantera y M. Montenegro (Coords.), *Introducción a la Psicología Comunitaria* (p. 135-165). Barcelona: Editorial UOC.
- Pardo, A. y Ruiz, M. A. (2005). *Análisis de datos con SPSS 13*. Madrid: McGraw Hill.
- Piñuel, J. L. (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Estudios de Sociolingüística*, 3, 1, 1-42.
- Plantin, C. (1998). *La argumentación*. Barcelona: Ariel.
- Potter, D. (2004). Discourse análisis as a way of analyzing naturally occurring talk. En D. Silverman (Ed.), *Qualitative Research. Theory, Method and Practice* (p. 200-221). Londres Sage (2.ª Edición).
- Potter, J. y Wetherell, M. (1987). *Discourse and Social Psychology*. Londres: Sage.
- Pujadas, J. J. (1992). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Cuadernos metodológicos, 5. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Reason, P. y Bradbury, H. (2001). *Handbook of action research, participative inquiry and practice*. London: Sage.
- Rodríguez, L. y Hernández, L. (1994). *Investigación participativa*. Cuadernos Metodológicos, 10. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto. Serie Ciencias Sociales, vol. 15 (2.ª Edición).
- Ruiz Olabuénaga, J. I., Arístegui, I. y Melgosa, L. (1999). *Cómo elaborar un proyecto de investigación social*. Cuadernos Monográficos del ICE, Num. 7. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Russi, B. (1998). Grupos de discusión. De la investigación social a la investigación reflexiva. En: J. Galindo (Comp.), *Técnicas de investigación en Sociedad, cultura y comunicación* (p. 75-116). México: Pearson. Addison Wesley Longman.
- Scandroglio, B. (2004). *Violencia grupal juvenil: de la teoría del Comportamiento Planificado a la Teoría de la Identidad Social*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.
- Scandroglio, B., López, J. S., Martínez, J. M., Martín, J. M., San José, M. C. y Martín, A. (2003). La conducta violenta en grupos juveniles: características descriptivas. *Revista de estudios de Juventud*, 62, 151-158.
- Sellars, W. (1971). *Ciencia, percepción y realidad*. Madrid: Editorial Tecnos.
- Sierra, F. (1998). Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social. En J. Galindo (Comp.) *Técnicas de investigación en Sociedad, cultura y comunicación* (p. 277-345). México: Pearson. Addison Wesley Longman.
- Silverman, D. (2004). *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*. Londres: Sage.
- Smith, J. A. (2003). *Qualitative Psychology*. London: Sage.

- Strauss, A. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Strauss, A. y Corbin, J. M. (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park, California: Sage.
- Trinidad, A., Carrero, V. y Soriano, R. M. (2006). *Teoría fundamentada «Grounded Theory». La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional*. Cuadernos Metodológicos, 37. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Vallés, M. S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Vallés, M. S. (2002). *Entrevistas cualitativas*. Cuadernos Metodológicos, 32. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Vargas, L., Bustillos, G. y Marfán, M. (1993). *Técnicas participativas para la educación popular*. Madrid. Ed. Popular.
- Vega, L. (2003). *Si de argumentar se trata*. Barcelona: Montesinos, D.L.
- Willig, C. (2003). Discourse análisis. En J. A. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology: A practical guide to research methods* (p. 159-183). Londres: Sage.
- Wittgenstein, L. (1953/1988). *Investigaciones filosóficas*. Barcelona: Crítica.