



## 6. Notas de planificación y programación

En este documento repasamos algunos de los conceptos básicos de planificación y programación. El esquema que seguimos no tiene carácter exhaustivo. Sólo pretende revisar y presentar algunos de los elementos más útiles en el diseño de intervenciones. A continuación, tratamos los siguientes temas:

- Concepto de investigación-acción.
- Definición de las estrategias de intervención.
- Niveles de planificación.
- Formulación del programa.
- Los roles del interventor comunitario.
- La intervención preventiva.

### INVESTIGACIÓN-ACCIÓN

Las relaciones entre investigación e intervención son complejas. Los modelos teóricos orientan los programas sociales, pero al mismo tiempo la aplicación de programas sociales enriquece el conocimiento científico sobre los problemas que intentamos resolver. Parafraseando a Lewin, podemos afirmar que la mejor forma de conocer un sistema social es intentar modificarlo.

Un buen ejemplo lo proporcionan los programas de inserción socio-laboral de la década de 1980. En ese momento preocupaban especialmente el desempleo juvenil y el de personas mayores de 40 años. Los jóvenes tenían problemas para encontrar su primer empleo por su falta de experiencia laboral. Y los desempleados por encima de los 40 años experimentaban un proceso de descualificación progresiva:

- La situación de los primeros quedaba perfectamente reflejada en un anuncio de televisión en el que aparecía una rueda girando, mientras una voz *en off* decía: “*como no tengo experiencia laboral, no puedo encontrar mi primer empleo; como no encuentro empleo, no tengo experiencia laboral; como no tengo experiencia laboral...*”, y así sucesivamente. Se trataba de mostrar el círculo vicioso de inexperiencia y desempleo. La experiencia laboral se adquiere trabajando, pero –paradójicamente para los jóvenes que buscan su primer

empleo-, uno de los requisitos habituales para ser contratado consiste en tener experiencia previa.

- El caso de los mayores de 40 años era similar. Puesto que estar empleado conlleva un proceso de actualización y formación continuas, quedarse sin trabajo supone una desconexión del mundo laboral y de los reajustes permanentes a los que el empleado está sometido. Por eso, mientras más tiempo se esté en el paro, más difícil resultará disponer de las competencias y conocimientos que demanda el mercado.

En este contexto, los programas de lucha contra el desempleo partían de un supuesto relativamente simple: las oportunidades de inserción laboral dependen del grado de adecuación entre el mercado de trabajo y las características de la persona que busca empleo. En ese sentido, una manera de intervenir consiste en proporcionar al desempleado el tipo de formación y de experiencia que el mercado está demandando: por ejemplo, los cursos de ofimática son especialmente pertinentes cuando las empresas informatizan las tareas administrativas. En segundo lugar, otro área de actuación, más compleja, consiste en intentar modificar la estructura y las tendencias del mercado de trabajo: por ejemplo, que las Administraciones Públicas contraten personal de ayuda a domicilio para mayores, potencia un nuevo yacimiento de empleo. Ambos tipos de factores constituyen un modelo básico para orientar los programas de inserción socio-laboral, como se resume en la siguiente tabla:

#### Modelo 1 de inserción socio-laboral

#### Tendencias del mercado x características del demandante de empleo

Características del mercado laboral	Características de la persona que busca empleo
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tasa de desempleo.</li><li>• Áreas de creación y destrucción de empleo.</li><li>• Política laboral y contexto macro-económico.</li><li>• Oferta y demanda de empleo.</li><li>• Cambios tecnológicos.</li><li>• Etcétera.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nivel de formación.</li><li>• Especialización profesional.</li><li>• Experiencia laboral.</li><li>• Edad, género, estado civil.</li><li>• Habilidades sociales.</li><li>• Etcétera.</li></ul>

Si nos centramos en los programas dirigidos a jóvenes en la década de 1980, vemos reflejada esta lógica en las estrategias de intervención que se llevaron a cabo:

- Se aplicaron sistemas de incentivos para contratar a jóvenes. Concretamente, los convenios de empleo-formación facilitaban a los empresarios la *contratación de aprendices*, que obtenían así una primera experiencia laboral.
- Se diseñaron *programas de obras públicas* y servicios, con los que los Ayuntamientos recurrían a jóvenes de la localidad para realizar tareas tales como el asfaltado de calles, el cuidado de parques y jardines, etcétera.
- También se llevaron a cabo los cursos de *formación profesional ocupacional*, para capacitar a los desempleados en las ocupaciones más demandadas (fontanería, jardinería, etcétera).
- Por último, por mencionar sólo las más significativas, se pusieron en práctica programas de “*salario-riesgo*”, con los que se proporcionaba un capital inicial a los jóvenes que presentaban una idea empresarial.

Este conjunto de actuaciones fue objeto de evaluación durante una década, dando lugar a resultados muy reveladores: no todas las estrategias tenían la misma repercusión en términos de inserción laboral. En concreto, las obras públicas no generaban empleo una vez finalizado el programa, y sólo mostraban un efecto temporal en las tasas de desempleo. La formación profesional era especialmente efectiva en aquellas personas más motivadas para trabajar en el ámbito en el que se habían formado. Y el programa de “salario-riesgo” era el que creaba un empleo más estable, una vez que la iniciativa empresarial se había consolidado.

Estos resultados pusieron en la pista de una serie de factores personales que no se habían tenido en cuenta en el modelo de partida. Las actitudes hacia el empleo y la motivación subjetiva podían contribuir a explicar las diferencias individuales en los resultados obtenidos. Los logros más estables se obtenían con un programa que exigía la implicación activa de los participantes (el “salario-riesgo”), mientras que apenas se conseguía emplazamiento laboral en los programas que no requerían de la motivación previa y la participación de los destinatarios (como es el caso de las obras públicas). Lo mismo se observó en la formación ocupacional: para unas personas era sólo un medio de ampliar conocimientos, y no aumentaba en la práctica sus oportunidades de empleo, mientras que otros sacaban provecho de sus nuevas competencias profesionales.

El corolario de la evaluación de estos programas es una visión más compleja de la inserción laboral. Además del ajuste personal a las demandas del mercado de trabajo, hay elementos *disposicionales* que pueden tener un papel significativo en los resultados. Por ejemplo, tienen más probabilidades de encontrar trabajo quienes confían en su capacidad para obtenerlo; quienes buscan activamente una ocupación, y se muestran más disponibles ante la oferta existente; quienes tienen una buena opinión sobre sus propias capacidades profesionales, etcétera.

La re-formulación del modelo queda representada en la siguiente tabla:

**Modelo 2 de inserción socio-laboral**  
**Tendencias del mercado x características del demandante de empleo x perfil motivacional**

<b>Características del mercado laboral</b>	<b>Características de la persona que busca empleo</b>	<b>Perfil psicosocial de la persona que busca empleo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasa de desempleo.</li> <li>• Áreas de creación y destrucción de empleo.</li> <li>• Política laboral y contexto macro-económico.</li> <li>• Oferta y demanda de empleo.</li> <li>• Cambios tecnológicos.</li> <li>• Etcétera.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de formación.</li> <li>• Especialización profesional.</li> <li>• Experiencia laboral.</li> <li>• Edad, género, estado civil.</li> <li>• Etcétera.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valor atribuido al empleo.</li> <li>• Atribuciones de control del desempleo.</li> <li>• Disponibilidad para el empleo.</li> <li>• Afrontamiento del desempleo.</li> <li>• Auto-concepto profesional.</li> <li>• Etcétera.</li> </ul>

En resumen, los presupuestos teóricos sobre el problema social condicionan las estrategias de intervención. Pero al mismo tiempo la evaluación de programas puede tener, como hemos mostrado, un efecto iluminador, que mejora nuestro conocimiento sobre la realidad.

## **DEFINICIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN**

La intervención social es un proceso de influencia para conseguir un cambio en una dirección dada. Generalmente se le concibe como la introducción de un elemento externo para modificar el funcionamiento de un sistema social, ya sea para resolver problemas o para promover determinados recursos sociales. De acuerdo con esa definición, la intervención puede darse de un modo natural o planificado, evolucionista

o rupturista, de arriba abajo o de abajo arriba, e incluso de un modo voluntario o involuntario.

La programación es una forma racional y planificada de intervención social, y, por tanto, sólo uno de los modos posibles de actuación. Un modo de proceder que se caracteriza por su naturaleza específica y organizada, si nos atenemos a la definición de programa propuesta por Fernández Ballesteros. Según esta autora, se trata de 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”*.

Pero el programa es también un elemento de intervención que se incardina en una organización social, sea la Administración Pública o una Organización No Gubernamental. Esta dimensión organizacional o administrativa es la que subraya Rueda al definir el programa como el *“medio del que disponemos desde la Administración para poder asumir las problemáticas sociales y establecer respuestas adecuadas a las mismas”*. Esta definición remite, al mismo tiempo, a la estructura en la que se enmarca el programa y a su contexto social y político.

En ese sentido, es muy importante estar al tanto del nivel de complejidad del programa, si queremos desarrollar la intervención adecuadamente o evaluarla de una manera comprensiva. Por ejemplo, un programa puede ser un elemento del listado de actuaciones y prioridades que conforman un Plan General; o bien puede verse afectado por las normas de funcionamiento del Sistema de Servicios en el que se enmarca. Por eso, tanto el interventor como el evaluador deben conocer los niveles de planificación que afectan a una actuación concreta.

## NIVELES DE PLANIFICACIÓN E INTEGRACIÓN DE LAS ACCIONES

Podemos distinguir cuatro niveles de complejidad en la planificación:

<b>Planificación Normativa</b>	Tiene que ver con los marcos de referencia o instituciones en las que tiene lugar la intervención: por ejemplo el Sistema de Salud, el Sistema Educativo, el Sistema de Servicios Sociales, etcétera. Cada uno de estos sistemas cuenta con unos objetivos propios, unas normas de funcionamiento y unas pautas de evaluación, que afectan a los programas que se aplican en su seno.
<b>Planificación Estratégica</b>	Hace referencia a los Planes Generales de Intervención: a nivel nacional o regional se suelen especificar las prioridades de actuación para un sector de población, o en relación a un problema determinado. En este contexto se ubican los programas específicos.
<b>Planificación Táctica</b>	Este es el nivel de los programas, cuyo elemento central es la formulación de objetivos a conseguir.
<b>Planificación Operativa</b>	Es la relativa a los proyectos (más concretos que los programas), que se centran fundamentalmente en las acciones a desarrollar.

Los planes y programas pueden referirse (1) a un sector de población –ancianos, jóvenes, inmigrantes, etcétera-, (2) a un área de necesidad –participación ciudadana, salud, etcétera-, o (3) a un sistema de servicios –Sanidad, Educación, Servicios Sociales. También existe una propuesta de modelo tridimensional, que tiene en cuenta los tres criterios anteriores: ese tipo de planificación integral tiene claros efectos positivos, ya que proporciona una visión global de la disponibilidad de recursos en un área geográfica concreta; facilita la coordinación de recursos, evitando problemas de duplicidad; y permite movilizar al conjunto de la sociedad para afrontar los problemas que padece.

A veces se utilizan indistintamente los términos “*programa*” y “*proyecto*”, cuando según esta clasificación corresponden a niveles de planificación diferentes. Más que optar por un término, que de hecho puede variar en función del autor o del contexto en el que se utilice, interesa hacer notar la existencia de los dos niveles de planificación, ya que pueden introducir mayor complejidad en una intervención concreta.

Para ilustrar esta idea, pensemos en la estructura del plan nacional para la integración social de los inmigrantes en España. En dicho documento se definen una serie de áreas en las que es necesario intervenir, y en cada una de ellas se formulan objetivos, prioridades de actuación y actividades concretas. Estas últimas pueden ser bien medidas legislativas o bien programas de intervención social. Cualquier programa que se defina en ese marco pasará a formar parte de dicha cadena medios-fines, y en consecuencia el Plan se convierte en una guía para la aplicación del programa y para su evaluación.

### **La compactación de programas**

Una de las peculiaridades de la intervención social es la necesidad de organizar, coordinar y planificar los servicios. Cuando en un mismo territorio coinciden una serie de programas, aplicados por diferentes organizaciones, surge la necesidad de integrar los medios y metas de todos ellos. Es una manera de delimitar competencias y evitar incompatibilidades. Por ejemplo, la concentración de prestaciones en una misma zona geográfica puede ser un modo ineficiente de gestión de los recursos, en la medida en que se produzca una duplicidad redundante de programas. Por otro lado, se hace necesario perfeccionar un enfoque integral de atención de las necesidades de la comunidad.

Se denomina compactación precisamente al modo de organización administrativa con el que se pretenden integrar las funciones de los programas desplegados en una misma zona. No se trata de una tarea fácil. La complejidad de cualquier problema social pone a prueba nuestra capacidad de planificación. Y cualquier

esfuerzo de planificación entra en tensión con la tendencia a descentralizar en la toma de decisiones.

Pensemos por un momento en el conjunto de actuaciones que se realizan para garantizar la igualdad de oportunidades de la mujer. En ese ámbito se llevan a cabo programas de sensibilización por parte de diversas instituciones, actúan los sindicatos para evitar la discriminación salarial, existen centros de madres solteras y casas de acogida para las mujeres víctimas de maltrato, se desarrollan programas de orientación socio-laboral para el fomento del empleo, y -para no seguir con una lista que podría prolongarse indefinidamente- participan asociaciones de mujeres en muchos de los programas anteriores. Cualquier organismo administrativo que trate de poner orden y racionalidad en ese conjunto de actuaciones –como es el caso en España del Instituto de la Mujer- se enfrenta sin duda a un reto significativo. Por un lado se requiere la formulación de metas y objetivos que proporcionen un marco lógico general a todos los programas. Una segunda fuente de preocupación es que todas las entidades funcionen de manera coordinada, y que haya una distribución equitativa de los recursos en el territorio. En tercer lugar, cada actividad que desarrollan los sindicatos, los centros de acogida o las asociaciones de mujeres, se enfrenta a una población diferente, con problemas específicos, que ponen en conflicto las necesidades locales con la elaboración de un marco unificador.

De entre las diversas formas en las que se puede responder a este dilema, en el ámbito de los servicios sociales Rueda distingue tres maneras de compactación:

1. La *compactación física* consiste en una concentración espacial de los servicios. Como es propio de las propuestas de “*ventanilla única*”, se establece un punto al que acude el ciudadano para cualquier tipo de necesidad. Eso permite un uso más racional de los recursos, pues son comunes el local y parte del personal. Además, facilita la relación del usuario con los servicios profesionales, ya que simplifica la imagen de la Administración a ojos del ciudadano.

Pero reducir los costes y ganar en accesibilidad no garantiza de por sí una adecuada organización de los programas. Los problemas de competencias o la eventual descoordinación que hayan podido darse en localizaciones diferentes no se resuelven con la concentración geográfica.

Podemos ilustrar este tipo de compactación con el caso de los Centros Cívicos: por ejemplo, en el Distrito Sur de Sevilla el Centro Esqueleto es la sede de los Servicios Sociales Comunitarios, del Centro de Salud, de la Unidad de Prevención de Drogodependencias, de varias organizaciones vecinales, etcétera.

Es decir, es un lugar de encuentro de la comunidad, donde están ubicados varios dispositivos profesionales.

2. Un nivel más avanzado de integración se consigue con la *compactación organizativa*, donde se genera un dispositivo encargado de la coordinación. No se trata, como en el caso anterior, de compartir un mismo lugar, sino de la existencia de un organismo que establece pautas de funcionamiento comunes, y se encarga de gestionar el personal y los recursos materiales. Es una estructura que incorpora desde un nivel jerárquico superior consideraciones de eficiencia, efectividad, flexibilidad organizativa, etcétera. Además, permite asumir proyectos integrales, correspondiendo a ese órgano central el mayor esfuerzo de unificación.

Sin embargo, es una compactación también limitada, ya que la coordinación no entra en el contenido de los programas, sino que sólo alcanza aspectos organizativos. Aspectos organizativos que son suficientes para que exista una tensión constante entre la unidad de gestión y los programas locales.

En servicios sociales es frecuente la existencia de una estructura jerárquica, con una unidad central a la que rinden cuentas de las actividades que se realizan en el territorio.

3. Por último, cuando el esfuerzo de integración desciende a los contenidos de los programas nos referimos a la *compactación programática*. Generalmente, se lleva a cabo facilitando que representantes de los equipos de base –es decir, los que aplican los programas- se encuentren en un espacio donde participan en el proceso de planificación. De esa forma se evita que los planes vengán “*desde arriba*” y que no sean compatibles con la realidad local de los proyectos, pero a la vez no se renuncia a generar un modo de organización conjunta. Y en la medida en que los equipos de base colaboran en la formulación de planes, están más comprometidos en su implantación. En definitiva, se trata de un modo de realizar planificación integral que, pese a la complejidad de la tarea, responde al mismo tiempo a las necesidades de descentralización y coordinación.

### **Naturaleza de los programas de intervención**

Como vemos, un programa es un dispositivo complejo, que resulta de la tensión constante entre múltiples componentes:

1. Está constituido por elementos sustantivos y otros de práctica organizacional; de modo que una misma estrategia –pongamos por caso- de prevención del SIDA podría concretarse de manera distinta en los servicios sociales públicos y en una asociación de afectados.
2. Es una herramienta de racionalidad técnica, pero cuya implantación requiere también tomar en consideración aspectos de naturaleza política. En efecto, la programación consiste en articular –y temporalizar- de forma lógica los objetivos, los recursos y las actividades, pero es necesario adaptarla a los intereses y valores de los diversos grupos implicados (racionalidad política).
3. Además, entra en interacción con el contexto social en el que se aplica, de modo que los cambios que se consiguen son a la vez el resultado de la planificación y de la dinámica propia del sistema social. Desde esa perspectiva, es conveniente conocer la evolución y la inercia propia del sistema, y anticipar posibles efectos indirectos o paradójicos de nuestra actuación.

Estos tres vectores que acabamos de mencionar son de gran interés en la valoración de programas, pues muestran que los resultados de la intervención no sólo dependen de la estrategia elegida, sino también del sistema social, de la organización o de la reacción de los diversos grupos implicados.

## **FORMULACIÓN DEL PROGRAMA**

Todos los contenidos que conforman un programa aparecen resumidos en un documento escrito. Se trata de un conjunto de estrategias que se organizan por regla general de acuerdo con el siguiente esquema: Introducción, Objetivos, Metodología y Actividades, y Evaluación.

1. En la *Introducción* se exponen la justificación social y teórica de la intervención. Esto es, se aportan aquellos datos –preferentemente de evaluación de necesidades- que muestran la pertinencia de la actuación que se va a desarrollar. Y, en segundo lugar, se proponen modelos teóricos que hacen esperar que las actividades propuestas sean efectivas.

2. Los *Objetivos* precisan, del modo más concreto posible, qué se quiere conseguir. Establecen, al mismo tiempo, una guía de actuación y los criterios de éxito para valorar el programa.
3. *Metodología y Actividades* son el contenido propiamente dicho del programa, es decir, las actuaciones que lo materializan. Por ejemplo, se señala si se realizarán cursos de formación, sesiones de entrenamiento en habilidades sociales, estrategias de prevención primaria, etcétera.
4. En el apartado de *Evaluación* se proponen los indicadores y diseño para valorar el programa.

### **El método de las 10 preguntas**

Ander-Egg propone un método sencillo con el que elaborar un proyecto, consistente en responder a 10 preguntas básicas sobre el contenido del mismo. En concreto, en relación a las actuaciones a desarrollar habría que responder *qué* se quiere hacer, *por qué*, *para qué*, *cuánto*, *dónde*, *cómo*, *cuándo*, *a quiénes*, *quiénes* y *con qué*.

Ander-Egg propone un listado de preguntas que pueden facilitar la elaboración de un proyecto de intervención. Este método puede ser práctico por su sencillez de aplicación.

### **Estrategias de Intervención**

Como hemos visto, la programación es un conjunto de estrategias complementarias, coordinadas entre sí. Rueda elabora una clasificación exhaustiva de las estrategias de intervención que conforman un programa. Aunque nos vamos a basar en esa tipología, proponemos un esquema más simple, que las organiza en tres categorías fundamentales: estrategias operativas, valorativas y de soporte logístico.

1. Las estrategias *operativas* son acciones de capacitación, información, sensibilización, coordinación e implicación de individuos y comunidades, que se reflejan en los objetivos y actividades del programa. Aunque existen otros componentes, son, sin lugar a dudas, el núcleo esencial de la intervención.

Cuando se definen objetivos y actividades, se delimitan también los grupos sociales a los que van dirigidos. Las estrategias poblacionales consisten

precisamente en (1) realizar una segmentación de la población -según se vean afectados por el problema-, y (2) decidir en qué grupo(s) centrar las actuaciones.

Los círculos concéntricos –desde dentro hacia fuera- de, respectivamente, población (a) objeto, (b) activa y (c) comunidad, ilustran las tres categorías en las que se divide la población. La población objeto es el grupo directamente afectado por el problema: por ejemplo, en el ámbito de la salud puede ser un grupo de enfermos o un colectivo con factores de riesgo. La población activa está formada por aquellos individuos y organizaciones que o bien están en contacto directo con los afectados o bien pueden contribuir a la solución de sus problemas: es el caso de los familiares y cuidadores de pacientes, o del movimiento asociativo implicado en el problema en cuestión. Por último, existe un segmento de población que no tiene relación inmediata con los afectados, pero que juegan un papel disposicional en la solución de problemas.

Las actividades del programa pueden dirigirse a cualquiera de los segmentos anteriores (o a varios al mismo tiempo), constituyendo la población diana.

Junto a las estrategias poblacionales, es posible plantear estrategias dirigidas al contexto, para promover cambios de carácter jurídico, físico o urbano.

2. Las estrategias *de medios o de soporte logístico* equivalen al componente organizacional de la intervención, al que nos hemos referido al definir el programa. Tienen que ver con el personal, las prestaciones, los recursos, la documentación, etcétera; y generan un conjunto de objetivos y tareas que no deben confundirse con las estrategias operativas. Es un elemento que también condiciona los resultados, pero que está subordinado al contenido operativo del programa.
3. Las estrategias *valorativas* son la evaluación de necesidades, la pre-evaluación y la evaluación de programas: es decir, respectivamente, las actuaciones dirigidas a (1) identificar y valorar los problemas sobre los que intervenir, (2) proponer modelos teóricos que orienten la intervención, y (3) valorar los resultados, la calidad y el proceso de aplicación del programa. Todas estas actuaciones están al servicio del contenido operativo del programa, y tienen como finalidad que la intervención sea pertinente, suficiente y efectiva.

Si volvemos al ejemplo que hemos utilizado para ilustrar el método de las 10 preguntas, podremos distinguir los tres tipos de estrategias. El contenido operativo del

programa es la prevención primaria de comportamientos desadaptativos en jóvenes, a través de la formación y la oferta de contextos alternativos. La población objeto -en este caso un colectivo en riesgo psicosocial- son los residentes del Distrito que tienen entre 8 y 18 años. Entre los elementos más significativos de la población activa podemos mencionar el entorno familiar y las asociaciones juveniles. Pero en este caso las actividades tienen como población diana en la mayoría de los casos al propio colectivo-objeto, si bien se cuenta con la colaboración de las asociaciones juveniles en la intervención.

Las estrategias de soporte logístico vienen definidas en los apartados "*quiénes*" y "*con qué*", pues son el personal, el presupuesto, los aspectos organizativos, etcétera. Por último, las estrategias valorativas son las estadísticas sociales que justifican el programa (evaluación de necesidades); el modelo sobre los contextos alternativos (pre-evaluación); y los indicadores propuestos para valorar los resultados del programa (evaluación de programas).

### **Formular objetivos y actividades**

Objetivos y actividades son el núcleo central de un programa. Con los objetivos se establece qué se quiere conseguir, y con las actividades el medio para conseguirlo.

1. Los *objetivos* se relacionan con el problema social que se pretende resolver, y especifican los resultados a obtener en dicho ámbito. Consecuentemente, no sólo definen cuál es la línea de actuación, sino que juegan un papel instrumental. En efecto, los objetivos guían la intervención, y son una referencia en cada momento para conocer el grado de avance del programa; y, por otro lado, sirven para valorar la eficacia de las acciones emprendidas. Por este motivo es de gran relevancia que los objetivos sean definidos adecuadamente, con precisión.

En un mismo programa cabe la formulación de varios tipos de finalidades. Por ejemplo, pueden plantearse objetivos generales que se concretan en un conjunto de objetivos específicos. O, por medio de una expectativa de relación causal, objetivos instrumentales que sirven para conseguir otros de resultados. También es habitual establecer una secuencia temporal.

Sea como fuere, a efectos prácticos es recomendable contar con una estructura de metas claramente definida, y con un conjunto de objetivos lo suficientemente concreto como para permitir la evaluación: en la medida en que contemos con

objetivos cuantificados, operativos y expresados temporalmente, se hace posible un contraste específico y objetivo de la eficacia.

Como hemos señalado, en este apartado del programa se deben detallar los resultados a conseguir –no sólo la línea de actuación-, y deben expresarse en infinitivo, y de manera que sean comprensibles, compatibles entre sí y realistas.

2. En aras de la consistencia interna del programa, las *actividades* deben guardar una clara correspondencia con los objetivos, y estar fundamentadas teóricamente. En la medida de lo posible, tienen que hacer explícito su contenido técnico, ya que de ese modo se ponen en relación con modelos teóricos. Por ejemplo, al afirmar que como parte de un programa “se realizarán grupos de auto-ayuda”, estamos remitiendo a los modelos de apoyo social, y no sólo comunicando que se reunirán los afectados por un problema común. Del mismo modo, si proponemos un entrenamiento estructurado en habilidades sociales no sólo estamos haciendo referencia a la transmisión de contenidos, sino a unas pautas de modelado y feedback que se basan en la teoría del aprendizaje social.

La justificación teórica del programa se plantea en la fase de *pre-evaluación*: el modelo en el que se basa la intervención puede elaborarse (1) analizando la literatura científica sobre el tema y experiencias de intervención previas; (2) confeccionando un análisis funcional del problema, a partir de posibles causas y soluciones; y (3) realizando estudios piloto o simulando cursos de acción alternativos.

Con lo expuesto hasta aquí, podemos contemplar el programa como un todo bien organizado. La evaluación de necesidades delimita qué metas son pertinentes en un contexto concreto. La pre-evaluación establece una expectativa de relación entre las actividades del programa y los resultados deseados. Y objetivos y actividades conforman una cadena medios-fines.

En la medida en que todas las partes casen entre sí, la actuación será más efectiva y su evaluación más viable.

## **ROLES DEL INTERVENTOR COMUNITARIO**

La aplicación de programas sociales requiere el dominio de un amplio conjunto de conocimientos y habilidades. La intervención se compone de aspectos técnicos y sustantivos, dando lugar a un repertorio de roles amplio y diverso. Siguiendo las

aportaciones de autores como Stemmark y Glidewell, es posible resumir el perfil del interventor en un listado de ocho roles básicos.

Por un lado se cuentan las actividades de naturaleza propiamente técnica, que tienen que ver con la gestión de programas. Aquí se incluyen (a) el diagnóstico comunitario, (b) el diseño y (c) la evaluación de la intervención (Ref Apto). Como vemos a continuación, estas tres funciones abundan en el enfoque racional y planificado de la actuación profesional. Son tres pasos íntimamente relacionados, que se organizan en la siguiente secuencia:

- *Investigador de sistemas sociales.* El punto de partida consiste en la evaluación de necesidades, por lo que las primeras actividades se dirigen al diagnóstico de grupos y comunidades. Esto implica valorar de un modo objetivo los problemas, y determinar los factores que los originan o que los mantienen.

Pero el dictamen es más exhaustivo si, además de los problemas, se valoran los recursos disponibles y el potencial de desarrollo de la comunidad. Del mismo modo, resulta útil realizar algún tipo de descripción de la población. Para desempeñar esta función es necesario:

- Conocer los métodos y técnicas de evaluación de necesidades.
  - Asumir una actitud objetiva en la valoración de problemas.
  - Recoger el punto de vista de los afectados, o de la comunidad en general.
  - Saber analizar el potencial de desarrollo de los sistemas sociales.
  - Adaptar los procedimientos y criterios de valoración a la diversidad cultural y de género.
  - Concebir formas creativas e innovadoras de reconocer problemas y recursos.
  - Etcétera.
- *Diseñador y gestor de programas.* El diagnóstico proporciona el *input* para la planificación. Los tres componentes de este segundo rol son la elaboración, organización y diseminación del programa.

En primera instancia hay que enunciar una cadena medios-fines apropiada, de modo que oriente las acciones posteriores. Esto se traduce a continuación, en la práctica, en esfuerzos para coordinar los recursos personales y materiales implicados.

También forma parte de este rol la difusión del programa a otros contextos y poblaciones. Esto significa, por lo general, persuadir a personas en posición de

liderazgo. Para conseguirlo, se recurre por ejemplo a (a) la divulgación de los logros comprobados con la evaluación de resultados; (b) la aplicación de pruebas piloto; (c) la relación personal; o (d) la integración en el sistema para producir pequeñas transformaciones. Para desempeñar esta función es necesario:

- Conocer el contexto social. Es decir, tener información válida y fiable sobre la población (con sus problemas y recursos).
  - Conocer el contexto institucional, y saber adaptar la programación en un marco corporativo y político.
  - Saber formular propuestas de actuación con consistencia interna (desde un punto de vista teórico, formal y metodológico).
  - Tener habilidades organizativas, y capacidad de persuasión.
  - Poseer capacidad de administración.
  - Etcétera.
- *Evaluador de la intervención.* Las actividades técnicas se completan con el examen objetivo de la propia intervención. Para ello se recoge información sobre el progreso del programa y los logros obtenidos. Se trata de una verificación de la calidad del trabajo profesional, que permite aprender de la propia experiencia. Además es una herramienta fundamental para desarrollar la dimensión teórica de la intervención científica.

Para desempeñar esta función es necesario:

- Conocer los métodos, técnicas y diseños de evaluación de programas.
- Asumir una actitud objetiva en la valoración de la intervención.
- Recoger el punto de vista de todos implicados (patrocinadores, profesionales, usuarios, Administración, etcétera).
- Conocer y aplicar adecuadamente los criterios de valoración.
- Adaptar los procedimientos y criterios de valoración a la diversidad cultural y de género.
- Concebir formas creativas de valoración.
- Etcétera.

En segundo lugar, podríamos enumerar un sinnúmero de roles específicos, de acuerdo con el *contenido* de las actividades llevadas a cabo. A modo de resumen, destacamos cinco funciones bastante habituales en la intervención comunitaria:

- *Educador*. Una de las estrategias más frecuentes en la intervención comunitaria es la formación. A groso modo, consiste en proporcionar información y entrenamiento para provocar cambios cognitivos, de actitud o de comportamiento. Esta actividad puede tener fines preventivos o de promoción.

El psicólogo ejerce esta función, por ejemplo, cuando hace de consultor organizacional, cuando proporciona información sobre prácticas de riesgo, cuando forma a familiares de enfermos mentales sobre el curso de la enfermedad, o al aplicar cualquier otro programa de Educación para la Salud. Para desempeñar esta función es necesario:

- Conocer el problema social sobre el que interviene, y los recursos sociales y personales con los que es posible afrontarlo.
  - Disponer de habilidades para gestionar grupos sociales.
  - Tener habilidades sociales y capacidad de empatía.
  - Etcétera.
- *Mediador*. El profesional es un intermediario entre individuos, grupos u organizaciones. Por eso tiene un claro papel de mediación entre subsistemas. Este rasgo se refleja en la negociación de conflictos, en los esfuerzos para que un grupo desfavorecido tenga acceso a los servicios o en los programas que pretenden la integración de minorías sociales en la comunidad.

Para desempeñar esta función es necesario:

- Saber suspender el juicio temporalmente, y atender a las necesidades de las partes implicadas.
  - Tener habilidades de comunicación y capacidad de empatía.
  - Etcétera.
- *Abogado social*. Otra vertiente de la intervención comunitaria consiste en constituir, coordinar o liderar grupos de influencia para que sean atendidas las necesidades no cubiertas de la población.

El profesional puede representar al grupo que se siente perjudicado, o simplemente facilitar el proceso de reivindicación. Caben en esta categoría las actividades del movimiento vecinal, la organización de consumidores, las demandas

ante la Administración después de padecer desastres naturales, la reivindicación en barrios, etcétera. Para desempeñar esta función es necesario:

- Conocer los procedimientos administrativos, jurídicos y políticos.
  - Asumir una actitud orientada al proceso grupal y comunitario, por encima de los valores particulares de cada subsistema.
  - Tener habilidades para colaborar con otros profesionales (abogados, políticos, trabajadores sociales, etcétera).
  - Tener capacidad de liderazgo y de coordinación.
  - Etcétera.
- *Dinamizador comunitario.* Entran en esta categoría las actividades que estimulan el desarrollo comunitario o promueven el sentido de comunidad. El objetivo es hacer de catalizador del cambio social.

Las estrategias de potenciación (o *empowerment*) son de carácter preferente en este caso. Con ello se pretende que la comunidad perciba control sobre el entorno, y desarrolle un sentido de competencia generalizado.

La manera de conseguirlo es estimular la participación en los procesos de toma de decisiones, aplicar técnicas de diagnóstico colectivo, llevar a cabo actividades de organización cívica, promover la cohesión de la elite comunitaria, etcétera. Para desempeñar esta función es necesario:

- Asumir una actitud orientada al proceso grupal y comunitario, por encima de los valores particulares de cada subsistema.
  - Tener una visión global del sistema comunitario.
  - Disponer de habilidades para gestionar grupos sociales.
  - Tener capacidad de liderazgo.
  - Etcétera.
- *Potenciador de los recursos humanos.* Por último, contamos con las actividades que pretenden desarrollar el potencial de las personas y de los grupos, y que tienen también un componente de formación. A título de ejemplo, podemos mencionar el entrenamiento en habilidades sociales, la formación de para-profesionales y voluntarios, la constitución de grupos de auto-ayuda, etcétera.

Para desempeñar esta función es necesario:

- Saber analizar el potencial de desarrollo personal.
- Tener habilidades para la gestión de grupos sociales.
- Etcétera.

En resumen vemos que intervención comunitaria es una actuación compleja con un amplio conjunto de funciones y que requieren un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes exigente. Resulta complejo dominar todos esos roles por parte de una persona, y es posible que haya algún tipo de especialización.

Las funciones de este listado no son del todo excluyentes, sino que están interrelacionadas. Las actividades de evaluación, programación y gestión forman parte de un mismo proceso. El rol de abogado social tiene un componente de mediación, por ejemplo entre el grupo perjudicado y la Administración. La función de desarrollo de los recursos humanos está íntimamente relacionada con las actividades de formación y educación.

Por eso se puede hacer un esfuerzo de integración de roles, en los más generales o más amplios:

- Capacitador de personas, grupos y subsistemas. Coincide con los roles de educador y desarrollo de recursos humanos.
- Potenciador de la comunidad o meso-sistema. Coincide con los roles de abogado social y dinamizador comunitario).
- Mediador entre subsistemas. Coincide con los roles de abogado social y de mediador.
- Técnico en intervención planificada. Coincide con los roles de evaluador, analista de sistemas, programador y gestor.

## LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA

Para ilustrar la complejidad de la planificación nos vamos a centrar en algunos de los componentes de la intervención preventiva. A continuación desarrollamos brevemente:

- El concepto de prevención.
- La investigación-evaluación de programas preventivos.
- La intervención preventiva.

### CONCEPTO DE PREVENCIÓN

La utilización de vacunas en medicina es un buen ejemplo de prevención. Por lo general, se administra un fármaco a aquellos individuos que por sus características o su período evolutivo corren el riesgo de padecer determinada enfermedad. Unas veces se interviene de forma preventiva con un grupo muy delimitado, pero en otras ocasiones se intenta llegar a toda la población con determinado rango de edad.

Esta misma lógica se aplica en la actualidad a la gestión de problemas sociales. Pensemos por ejemplo en un programa que pretende evitar la extensión de las drogodependencias en barrios desfavorecidos, organizando para ello actividades extra-escolares en los colegios de la zona. Aunque los elementos en juego quizá sean menos específicos que en la medicina, en este tipo de programas suelen aparecer los mismos componentes estratégicos. Es decir, concretamente:

- la delimitación de un grupo de riesgo, y
- la potenciación de los recursos que contrarresten a los factores causales del problema.

En los programas sociales la actuación suele consistir en desarrollar los recursos personales y sociales de los individuos sobre los que se interviene. Por eso, en alguna definición se afirma, sin más, que prevenir consiste en *generar las condiciones que promueven el bienestar de las personas*<sup>1</sup>. Éste es, de hecho, un enunciado aplicable a prácticamente cualquier estrategia preventiva, pero en nuestra opinión resulta demasiado genérico. Una formulación más concreta -atendiendo a los tipos de acciones protectoras- entiende que prevenir es una acción que pretende "*evitar la aparición, desarrollo o consecuencias de problemas sociales y enfermedades*".

Esta definición se inspira en los tres tipos de prevención que distingue Caplan, tomando como referencia el momento en el que actuamos sobre el problema. En efecto, podemos intervenir *antes*, *durante* y *después* de la aparición del problema. Pongamos por caso que queremos reducir la prevalencia de las afecciones cardiovasculares, hipertensión y ataques al corazón, en una comunidad. ¿Qué tipo de acciones podríamos llevar a cabo?

- En primer lugar, podemos promover la dieta baja en grasas y el ejercicio físico entre las personas mayores de 50 años.
- Una segunda opción es realizar controles de la presión arterial periódicos -o, en su caso, la "*prueba del esfuerzo*"- en personas particularmente obesas, a las que previamente hayamos diagnosticado de hipertensión.
- Por último, podemos estimular relaciones de apoyo y entrenar en estrategias de afrontamiento del estrés a los familiares de quienes han padecido un infarto de miocardio, para evitar una segunda incidencia.

De acuerdo con Caplan, todas estas actividades son estrategias preventivas, y serían, respectivamente, ejemplos de prevención primaria, secundaria y terciaria. Aunque esta tipología no ha estado exenta de críticas, tiene la virtud de establecer un continuo entre la prevención primaria inespecífica y el tratamiento, y resulta útil para clasificar las diversas formas de enfrentar los problemas sociales. Veamos con más detalle los tres tipos que propone Caplan.

- La prevención *primaria* es aquella que se realiza sobre individuos que no padecen el problema, para evitar su aparición. Con ello, al impedir nuevos casos, se reduce la incidencia. Es, por tanto, la prevención en sentido estricto.

Muchas actividades caben dentro de esta categoría. Generalmente, el primer paso de la prevención consiste en el diagnóstico de los factores de riesgo en una población, a través de estudios epidemiológicos. A continuación se trabaja para (a) modificar los factores ambientales que causan el problema, (b) desarrollar las competencias de los individuos, o (c) ayudar a superar crisis personales.

- La prevención *secundaria* pretende impedir el desarrollo del problema (o, en otros términos, su duración) en aquellos casos en los que ya se ha iniciado. Es una manera de reducir la prevalencia del problema.

La lógica es que se cuenta con mejor pronóstico cuando se detecta el problema en las fases iniciales, o cuando es posible ejercer cierto control y

seguimiento sobre su evolución. Por eso dos vías privilegiadas de prevención secundaria son el diagnóstico precoz y la monitorización del problema. También entra en este apartado el tratamiento propiamente dicho, ya sea para reducir la frecuencia, la duración o la intensidad del asunto a resolver. Otra forma más de incidir en el desarrollo es la mejora de las instituciones que se encargan de la intervención.

- Por último, la prevención *terciaria* intenta atenuar las consecuencias (o secuelas) de un problema. En ese sentido, cualquier medida que trate de evitar la cronificación o los efectos residuales de una enfermedad (o problema) son ejemplos de intervención terciaria. En servicios sociales y de salud esta estrategia se puede reconocer en los programas de rehabilitación, de reinserción social y de desinstitucionalización.

A modo de resumen, proponemos un ejemplo con el que se ilustran las diversas estrategias de la tipología de Caplan. Utilizamos como caso los programas de prevención del comportamiento delictivo en adolescentes. En cada caso se señala el tipo de estrategia y un ejemplo de actividad:

<b>Prevención primaria</b>	
Estudio epidemiológico	Encuesta a las familias de un distrito de la ciudad para conocer qué porcentaje informa de conflictos habituales y absentismo escolar de sus hijos adolescentes
Modificación de factores ambientales	Organización de competiciones deportivas (proporcionar un “ <i>contexto alternativo</i> ”)
Desarrollo de recursos personales	Entrenamiento en habilidades sociales para rechazar de modo asertivo los intentos de influencia (negativos) por parte del grupo de iguales
Ayuda en crisis personales	Programa de apoyo social durante la adolescencia

<b>Prevención secundaria</b>	
Diagnóstico precoz	Entrenamiento a los padres en habilidades de comunicación para detectar casos de absentismo, consumo abusivo de drogas o incidentes similares
Tratamiento	Trabajo en pequeños grupos de adolescentes en centros de menores para promover actitudes pro-sociales
Mejora institucional	Organización en la Asociación de Madres y Padres de Alumnos de un grupo de seguimiento del absentismo escolar

<b>Prevención terciaria</b>	
Reinserción social	Programa de orientación socio-laboral y formación profesional ocupacional en centros de menores
Desinstitucionalización	Programa de apoyo psicosocial a las familias con un menor en proceso de desinstitucionalización

## **INVESTIGACIÓN EVALUATIVA SOBRE PREVENCIÓN**

La prevención de drogodependencias y la prevención de SIDA –muchas veces concurrentes en un mismo grupo social- son dos de las áreas que han dado lugar a más investigación evaluativa y, consecuentemente, a mayor innovación metodológica. En este apartado revisaremos de manera crítica las estrategias más habituales en cada caso. Para ello nos basamos en las conclusiones que pueden extraerse de la evaluación de resultados de este tipo de programas.

De algún modo, la evaluación de resultados comprensiva permite adoptar una visión *contingente* de las estrategias de intervención. Es decir, además de proporcionar información sobre el grado de efectividad de cada estrategia, sirve para valorar las aportaciones y limitaciones de cada una. Con esa información el profesional está en condiciones de decidir qué estrategia aplicar en función del contexto, o de los objetivos que persigue.

Comprobemos el alcance de este enfoque, en primer lugar, con las prácticas de prevención de SIDA.

## Seis estrategias de prevención de SIDA

- *Intervención en grupos pequeños.* Esta primera estrategia suele consistir en organizar reuniones en las que entre 10 y 20 participantes se relacionan cara a cara. Unas veces entre iguales y otras con la coordinación de un profesional. En estos encuentros se proporciona información y se motiva para el cambio de comportamiento. Pero además, se puede combinar con el entrenamiento de las habilidades sociales, la provisión de apoyo social, la discusión de valores y normas sociales, etcétera.

Cuando trabajamos con un grupo de alto riesgo, como es el caso de los heroinómanos, un componente fundamental es informar sobre las prácticas de contagio. Pero la intervención en pequeños grupos permite que, al mismo tiempo, se entrenen las habilidades para rechazar las propuestas de intercambio de jeringuillas, o se muestre algún procedimiento de esterilización. Precisamente, la oportunidad para incidir de modo simultáneo en aspectos sociales, cognitivos y conductuales es una de las bondades de esta estrategia.

A esto hay que añadir que en los grupos pequeños se reproduce un contexto controlado, *de laboratorio*, que hace posible la comprobación teórica y el aprendizaje basado en la experiencia. De hecho, es el tipo de intervención –entre las que vamos a revisar– en la que con más frecuencia se recurre a modelos teóricos que guíen las actividades. Por mencionar algunos, el modelo de creencias de salud, la teoría del aprendizaje social, o los conocimientos sobre conformismo y apoyo social son utilizados como fundamento de la actuación en grupos pequeños. En segundo lugar, los participantes practican las nuevas competencias en un entorno neutro, sin las consecuencias de los contextos naturales.

Sin embargo, también podemos mencionar limitaciones. Muchas veces acuden a estos encuentros los individuos más motivados para cambiar de comportamiento, quedando fuera el grupo en mayor riesgo. La calidad de la intervención depende en cierto grado de las aportaciones de los participantes, con lo que en ocasiones se ve resentida. Y, por comparación, resulta una estrategia relativamente costosa, pues se centra de manera intensiva en un pequeño grupo de individuos.

Pese a todo –y según los informes de evaluación de programas–, se trata de una de las estrategias más efectivas en la reducción de los comportamientos de riesgo. Además, parece que la efectividad guarda relación con la *intensidad* de la intervención. Concretamente, se obtienen mejores resultados:

- cuando se combina la actuación sobre los factores de riesgo de tipo sexual con los relativos a las drogas,
- cuando se aplican varios métodos simultáneamente (por ejemplo, el cambio de actitudes y el entrenamiento en habilidades sociales),
- y en la medida en que se organiza un mayor número de sesiones.

Esta primera estrategia tiene la virtud de afectar a los procesos clave que determinan los comportamientos de riesgo, como es la influencia de iguales, ya sea a través de las normas o de los comportamientos que frenen el intento de influencia. Pero muchas veces la dificultad está en llegar a los grupos de alto riesgo, y por eso son claves las dos estrategias que veremos a continuación:

- *Programas de calle.* Reciben este nombre las estrategias expresamente diseñadas para afrontar los problemas de accesibilidad a los programas comunitarios. Pretenden *llevar el programa* a los individuos que no acuden a los centros de tratamiento, ya sean servicios sociales o de salud. Para conseguir ese objetivo, recurren a personas que tienen alguna característica en común con la población diana, y que hacen de mediadores entre el programa y el grupo de riesgo.

Pongamos por caso que un programa de prevención de SIDA y de enfermedades de transmisión sexual no logra implicar en sus actividades a las prostitutas que trabajan en las calles. Una manera de conseguirlo es contar entre el personal pagado del programa con una ex-prostituta que haga de mediadora. Un rol esencial de dicha intermediaria será, lógicamente, el reclutamiento de usuarias para los servicios existentes. Pero muchas veces también transmiten información, o se encargan de distribuir preservativos (o juegos de limpieza de jeringuillas si además se trata de adictas a la heroína).

Como decimos, la aportación del mediador se advierte, sobre todo, en la eficacia con la que se resuelven los problemas de cobertura. Pero también es un canal creíble que introduce información fiable, de manera natural, en las redes del grupo de riesgo. Además, puede ejercer de modelo positivo de comportamiento, y afectar a las normas sociales del colectivo diana.

- *Educación por parte de iguales.* Una tercera opción consiste en formar a miembros significativos de la comunidad, para que luego hagan de difusores de la intervención. Se trata, como en el caso anterior, de una estrategia de mediación, pero en lugar de ampliar la diversidad entre los asalariados del

programa, se confía en convertir a miembros de la población objetivo en agentes de prevención.

Con este paso -de búsqueda activa de la población destinataria-, se soslayan los problemas de acceso. El canal de comunicación elegido también tiene una repercusión positiva: y es que el mensaje se traslada de un modo natural y creíble -en la jerga del receptor-, y es más probable que, a medio plazo, afecte a las normas del grupo.

Siguiendo este enfoque, en San Francisco –en Estados Unidos- se llevaron a cabo programas pioneros en la segunda mitad de la década de 1980. Concretamente, en la comunidad homosexual los camareros de los bares *de ambiente* participaron como agentes de salud. En una primera fase, se impartieron cursos de educación para la salud, en los que se daba formación sobre prácticas de riesgo, y se entrenaba en habilidades para transmitir mensajes preventivos. A continuación, los educandos se convertían en formadores, difundiendo información y repartiendo preservativos.

El rasgo más destacado de esta estrategia es el efecto multiplicador que se le otorga a la educación para la salud. Pero también hay que mencionar la persistencia de los cambios conseguidos, pues, al capacitar a un subgrupo de la población, se está haciendo más competente a la comunidad en su conjunto para afrontar los problemas a los que se enfrente en el futuro. Por eso es esencial identificar nodos clave en las redes comunitarias en los que centrar la intervención: es decir, personas con credibilidad, o con reconocida capacidad de liderazgo, y que estén en contacto con un amplio sector de población.

A pesar de la efectividad y el carácter innovador de estos tres métodos, en la práctica han predominado los esfuerzos por difundir información sobre las prácticas de riesgo. Por ejemplo, dos de las tres estrategias que nos quedan por repasar son de naturaleza casi exclusivamente divulgativa:

- *Grupos grandes.* Una actividad muy frecuente consiste en organizar conferencias en las que médicos o psicólogos exponen las vías de contagio y las bases de la enfermedad. Unas veces se llevan a cabo como parte de la educación formal, y otras para el público en general. Por eso, de forma relativamente poco costosa, acercan el mensaje de salud a un gran número de personas. En ese sentido, son más eficientes como estrategia divulgadora que los grupos pequeños. Sin embargo, su efecto se reduce a la mejora del conocimiento sobre la enfermedad, y apenas tienen impacto en los comportamientos de riesgo.

Además, la información no es recibida por igual por todos los participantes, y el potencial divulgativo depende en gran medida de las habilidades del educador.

No obstante, la formación en grupos grandes puede combinarse con otras técnicas, conformando nuevas aplicaciones. Por ejemplo:

- dar nociones básicas a todos los alumnos de un curso antes de concentrarse de manera intensiva en los individuos en mayor riesgo,
- o bien, instruir y sensibilizar a la comunidad para que facilite el trabajo de rehabilitación con enfermos de SIDA.

(En el primer caso se estaría utilizando con fines de selección y diagnóstico; y en el segundo, para modificar la disposición del contexto).

- *Asesoramiento individual.* A nivel individual también se interviene, con servicios de *counselling* o asesoramiento personalizado. A la vez que se le proporciona información al usuario, suele darse apoyo moral, guía conductual y entrenamiento en habilidades sociales. No es un tratamiento efectivo si adoptamos una perspectiva epidemiológica, pero en el plano estrictamente individual permite una total flexibilidad a la hora de adaptar la intervención a las necesidades personales. Además, es particularmente pertinente cuando el interesado solicita el test de anticuerpos.
- *Materiales divulgativos.* Otra manera de informar de los comportamientos de riesgo es elaborar folletos, *posters* y videos en los que se condense el mensaje de salud. El rasgo más significativo es la claridad y la consistencia del mensaje que se transmite. Una limitación importante es que no resulta posible adaptar la información sobre la marcha, según la respuesta del receptor. Como contrapartida, es ideal para apoyar el recuerdo. Por eso también cabe aplicarla como estrategia de carácter complementario. Sea cual sea su objetivo, es siempre recomendable realizar una prueba piloto de los materiales con representantes de la población diana.

## **Riesgo y protección de drogodependencias**

Los programas para prevenir adicciones se basan generalmente en el modelo de riesgo y protección. Ese enfoque ha resultado práctico para orientar la intervención hacia factores específicos. Además, se ha mostrado efectivo en la reducción de la incidencia del abuso de drogas. El sostén empírico del modelo lo proporcionan los estudios epidemiológicos. El caso es que tener información sobre la prevalencia del

consumo de drogas en diversos segmentos de población no sólo sirve para conocer las necesidades de tratamiento, sino que orienta las decisiones de carácter estratégico.

En concreto, gracias a la investigación epidemiológica, disponemos de un inventario de los antecedentes más significativos de las toxicomanías. Por ejemplo, entre los más utilizados para justificar la intervención se encuentran los que resumimos en la siguiente tabla:

Factores de riesgo	Factores protectores
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de que los padres o los compañeros consumen habitualmente drogas.</li> <li>• Percepción de que la familia o los compañeros aprueban el consumo.</li> <li>• Percepción de que las normas sociales (en general) no sancionan (o favorecen) el consumo.</li> <li>• Disponibilidad de acceso a las drogas.</li> <li>• Comportamientos antisociales o agresivos en la infancia.</li> <li>• Comportamientos delictivos.</li> <li>• Bajas expectativas académicas y sociales: fracaso escolar, absentismo, etcétera.</li> <li>• Expectativas positivas de consumo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coacciones y normas sociales contrarias al consumo.</li> <li>• Habilidades sociales para resistir la presión de los iguales para consumir.</li> <li>• Redes sociales y apoyo social.</li> </ul>

En la práctica, los factores de riesgo sirven para designar la población diana. Y los factores protectores proporcionan un fundamento para el tipo de actividades (preventivas) que llevar a cabo. Ambas son decisiones clave para concretar la estrategia de actuación: de hecho, con sólo estos dos pasos podemos tener una idea bastante aproximada de en qué va a consistir el programa. Pongamos por caso que queremos actuar en una de las denominadas “*Barriadas de Actuación Preferente*” (o zonas de transformación social) en Andalucía. ¿Cómo se hacen operativos estos dos pasos?

1. En primer lugar, se determina un grupo de alto riesgo al que administrar el programa (una vez que hemos verificado que está expuesto a varios de los factores antecedentes del abuso de drogas). Pensemos por ejemplo en un grupo de adolescentes que tienen problemas de comunicación con sus padres, que faltan ocasionalmente a la escuela, que cuentan con algún adulto consumidor en

su familia y que viven en un barrio donde es frecuente que se les ofrezca cocaína o heroína. Cuando coinciden múltiples factores de riesgo –como los que acabamos de mencionar- se produce una potenciación mutua entre los mismos, y por eso hay que dar prioridad a los individuos que los padecen.

2. En segundo lugar, se actúa sobre el grupo elegido (en algunos casos para impedir el inicio del consumo, y en otros para evitar que el consumo se convierta en abusivo). Por ejemplo -basándonos en el conocimiento sobre los factores de protección-, podríamos trabajar con los adolescentes en pequeños grupos, cuestionando sus valores sobre el uso de drogas. Otra manera de intervenir en las normas sociales consistiría en organizar actividades extra-escolares que proporcionen un contexto de socialización alternativo.

Lo que muestra este sencillo ejemplo es que los factores de riesgo y protección son muy prácticos en el diseño de programas preventivos. Aunque no proporcionen una explicación muy elaborada del inicio y mantenimiento del consumo, contribuyen a mejorar la pertinencia y la suficiencia del programa. No obstante, estos factores también se han incorporado en modelos teóricos más amplios. En su conjunto, la evidencia epidemiológica parece remitir a las toxicomanías como un proceso de influencia social, en el que tienen un papel destacado (a) las normas del contexto, (b) los intentos de influencia de los compañeros, y (c) las habilidades del individuo para funcionar con autonomía. Quizá por eso se han utilizado modelos que –de un modo o de otro- sugieren vías para interferir en el proceso de influencia, y que integran algunas de las variables de riesgo y protección más significativas.

En ese sentido, la teoría del aprendizaje social proporciona el marco más general para comprender el fenómeno (puesto que nos referimos a un hábito que se va instaurando a lo largo de la socialización). Pero, probablemente los modelos más utilizados en la intervención preventiva son los dos que resumimos a continuación: la teoría de la acción razonada y el modelo de creencias de salud.

- *Teoría de la acción razonada.* El modelo de Fishbein y Ajzen es uno de los que se ha aplicado con más frecuencia -y con mejores resultados empíricos- en programas de intervención psicosocial. El supuesto básico es que la persona toma decisiones de manera racional, haciendo uso de forma sistemática de la información disponible. El modelo presume cierta discrepancia entre intención y conducta, y propone dos factores cognitivos antecedentes: (1) la norma subjetiva, y (2) la actitud hacia la conducta. El esquema -relativamente simple- está representado en el siguiente gráfico.

1. La norma subjetiva es la presión social que percibe la persona en su entorno para realizar determinado comportamiento. Este factor puede descomponerse en (a) las creencias que se atribuyen a las personas importantes del contexto, y (b) la motivación para cumplir con dichas personas.
2. La actitud hacia la conducta es la evaluación positiva o negativa que el individuo hace de la misma. También este factor puede descomponerse en (c) los resultados que se atribuyen al comportamiento en cuestión, y (d) la valoración de tales resultados.

Un ejemplo sencillo permite ver los diversos componentes del modelo. Un adolescente que consume *pastillas* en la discoteca (a) acude generalmente con un grupo de amigos que han incorporado el consumo de anfetaminas como un elemento más de la diversión, y que esperan que todos los compañeros participen. Además, el joven (d) cree que las *pastillas* permiten prolongar la diversión y es raro que tengan efectos perjudiciales. Por último, (b) el interés por integrarse en el grupo de amigos y (c) pasarlo bien, proporciona la motivación para el consumo.

Según este modelo, es muy oportuno proporcionar información sobre las consecuencias de salud de determinadas drogas. Pero también es fundamental intervenir en las normas sociales al respecto.

## **INTERVENCIÓN PREVENTIVA**

La prevención primaria es una estrategia particularmente pertinente ante problemas enquistados, difíciles de afrontar por los condicionantes contextuales o por la frecuencia de recaídas. El SIDA y las adicciones constituyen retos tan exigentes para el tratamiento, que algunos de los resultados más significativos se obtienen en los esfuerzos por evitar su aparición (y con ello reducir su incidencia).

Sin embargo, las acciones preventivas aplicadas con más frecuencia han sido las campañas meramente informativas, que a veces no resultan suficientes para instar al cambio de comportamiento. La conducta preventiva no depende sólo de la disponibilidad de información, sino que también está controlada por el contexto social y otros factores. Por ejemplo, para evitar los embarazos no deseados entre adolescentes es importante que conozcan métodos anticonceptivos, pero en su uso influyen también las habilidades sociales, el abuso de drogas, etcétera. La timidez para comprar el preservativo o para proponer su utilización a la pareja sexual son sólo una muestra de

los elementos que pueden interferir, pese a que el grupo destinatario esté informado de las prácticas de riesgo.

No obstante, las campañas informativas pueden tener un efecto acumulativo, y afectar a las normas sociales a través de la consistencia y la repetición de mensajes. Es el caso de la publicidad contra el tabaco, que informa al fumador de las consecuencias del tabaquismo, pero quizá ejerza mayor impacto por la presión social -y el cambio de la norma subjetiva- que eventualmente se derivan de la acumulación de mensajes en un mismo sentido.

Las campañas informativas se emplean sobre todo en la prevención primaria. Para resultar útiles tienen que alcanzar a los grupos de alto riesgo. Por eso es muy importante prever las estrategias de propagación del conocimiento. También hay que diseñar cuidadosamente los contenidos, y adaptarlos a las características de la población destinataria. Un primer paso ineludible es el *pretest* de los materiales divulgativos, para comprobar que se adecuan a sus fines de comunicación. Pero, basándonos en la experiencia de intervención en este área, se pueden sugerir algunas reglas de carácter general para elaborar mensajes preventivos:

1. En primer lugar, hay que transmitir *información clara* sobre el problema a prevenir.
2. Es necesario especificar las *prácticas de alto riesgo*.
3. También se deben proporcionar *alternativas* de bajo riesgo, señalando cómo ponerlas en práctica.
4. Es importante alentar la confianza en que el cambio de comportamiento puede llevarse a cabo (es decir, promover la *auto-eficacia*); y que es positivo para la persona (*auto-estima*).
5. Y hay que poner de manifiesto las *consecuencias* sociales y personales del problema que se pretende prevenir.

Como vemos en esta serie de recomendaciones, es primordial no jugar a los sobreentendidos, y dejar claro qué comportamientos son un antecedente del problema. Pero, puesto que se trata de suscitar el cambio de conducta, se requiere una influencia complementaria. Concretamente se persigue:

- *motivar* al cambio mostrando la gravedad de las consecuencias,
- *incidir en los procesos cognitivos* que afectan al cambio de comportamiento,
- *y proporcionar alternativas conductuales* al comportamiento-problema.

Veamos con un ejemplo de prevención de accidentes de tráfico cómo aplicar estas recomendaciones:

RECOMENDACIÓN	EJEMPLO
DAR INFORMACIÓN CLARA	España es uno de los países de la Unión Europea con más accidentes de tráfico. Causas más habituales de accidente. Por qué el estilo de conducción es una buena práctica preventiva.
ESPECIFICAR LAS PRÁCTICAS DE RIESGO	Exceso de velocidad. No respetar las normas de circulación. Imprudencia. Consumo de alcohol.
PROPORCIONAR ALTERNATIVAS	Salida escalonada en vacaciones. Revisión del automóvil en viajes largos. Ir en taxi o autobús al salir de copas. Respetar a otros conductores y a los peatones. Decir no a quienes quieren conducir estando bebidos.
PROMOVER LA AUTO-EFICACIA	No se gana mucho tiempo por ir más rápido, por lo que reducir la velocidad no tiene otras consecuencias para el conductor. Si se sale en grupo, una persona en cada ocasión puede ser el encargado de conducir (y no consumir alcohol en ese momento).
MOSTRAR LAS CONSECUENCIAS	Número de muertes por accidente. Invalidez física y consecuencias psicológicas. Sentimientos de culpa por causar accidentes. Costos al sistema de salud. Cuantía de las multas por infracciones de tráfico.

Siguiendo este esquema, las campañas informativas pueden hacer una contribución importante a la prevención de drogodependencias. Especialmente cuando se quiere preparar a la comunidad para el cambio, o cuando se trabaja con una perspectiva de largo plazo. No obstante, lo cierto es que en la literatura sobre la efectividad de los programas preventivos hay dos rasgos que destacan por encima del resto: (1) el valor de las intervenciones de base conductual y (2) la necesidad de llevar a cabo actuaciones comprensivas.

No es de extrañar que la intervención intensiva en pequeños grupos –como hemos expuesto en el caso del SIDA- sea la que obtiene los mejores resultados. Permite trabajar cambios de comportamiento con un enfoque experimental, incidiendo al mismo tiempo en las actitudes, las competencias personales y los factores del contexto. Se ajusta a las necesidades individuales, pero también afecta a las normas de grupo. Actúa en múltiples factores de riesgo, y trata cada caso personal de un modo integral. Se trata, por tanto, de una intervención conductual de carácter comprensivo. Queremos decir que se dirige a la conducta en su contexto, sin limitarse exclusivamente a una de las dimensiones influyentes.

De algún modo, con esto estamos reconociendo la complejidad de los problemas sociales y la necesidad de dar respuestas ajustadas. Pensemos por un momento en el caso de las drogodependencias. Puesto que el consumo y abuso de drogas es un comportamiento que se va instaurando a lo largo del proceso de socialización, no es lógico pensar que los cambios puedan obtenerse fácilmente y a corto plazo. Por eso la prevención implica a todos los sistemas de protección social –servicios sociales, servicios de salud y sistema educativo-; y tiene más probabilidades de éxito cuando se desarrolla a lo largo de varios años, permitiendo la estabilización de los cambios de comportamiento.

Eso significa adoptar un enfoque integral de prevención estratégica. Es decir, por un lado hay que combinar la prevención primaria generalizada con la asistencia a poblaciones de alto riesgo. Por otro lado, es necesario recurrir a diversas estrategias simultáneamente (tanto de prevención como de tratamiento); y complementar el programa diseñado a priori con las demandas que va expresando la población. Volviendo al ejemplo de los accidentes de tráfico, podemos ver que la prevención se apoya en un conjunto de estrategias complementarias: las campañas de publicidad para promover la reducción de velocidad; los controles de alcoholemia; la educación vial en la escuela; las sanciones por infracciones de tráfico; etcétera. Cada una de ellas cobra su pleno sentido como parte de una política global de prevención de accidentes.

Para cerrar el círculo, en la prevención hay que (a) preocuparse por la relevancia comunitaria de las intervenciones, y (b) ser sensible al momento evolutivo del individuo en el que se pretende instaurar el cambio. Como regla general, las fases tempranas son especialmente oportunas para este tipo de programas, no sólo porque permiten anticiparse a la aparición del problema sino porque permiten fortalecer las normas y capacidades protectoras.

Todo esto hace de la prevención una empresa metodológicamente compleja. En ese sentido, en el próximo apartado hacemos varias recomendaciones para el diseño de intervenciones preventivas.

### **Algunas recomendaciones metodológicas**

Dos pasos clave en el diseño de un programa preventivo son (a) elegir el grupo sobre el que se va a intervenir y (b) definir el tipo de actuación a realizar sobre el mismo. Como ya hemos señalado más arriba, con sólo esas dos decisiones ya tenemos una idea bastante aproximada de en qué va a consistir la intervención.

(a) *Identificación de la población diana*

Para elegir el grupo sobre el que se va a intervenir hay que dar dos pasos: (a) definir cuál es la unidad prioritaria de intervención (en función del problema que padecen); y (b) decidir cuál será el nivel de intervención (de acuerdo con argumentos estratégicos). Las dos decisiones pueden llevarnos a tres niveles diferentes, por lo que obtenemos una tabla de doble entrada como la que vemos en el siguiente ejemplo:

*Cómo identificar a las poblaciones diana en programas preventivos*

Unidad de intervención	Problema, persona (P)	Situación, entrenador (S)	Medio ambiente (A)
Individual	Abandono escolar, hijos de alcohólicos	Consejero Enfermera	Grupo pequeño en escuela o agencia estatal o comunitaria
Escuela	Movilidad, cambio de barrio, cambio de profesores	Profesor Director	Aula, reunión de profesores en la escuela
Comunidad	Vandalismo, delitos relacionados con las drogas	Represión legal, judicatura, negocios, líderes de agencias comunitarias	Ayuntamiento, centro de reunión de vecinos

Como vemos, el nivel en el que se expresa prioritariamente el problema (personal, de situación o ambiental), no tiene por qué coincidir con el nivel en el que se decide intervenir (individual, escuela o comunidad). Las nueve combinaciones son posibles. Ni que decir tiene que también cabe en este esquema una intervención multi-nivel (en los dos sentidos).

El primer paso es estudiar el problema social. Para eso se puede identificar qué individuos tienen el problema (Persona); quién se relaciona con los individuos en riesgo, o bien puede tener un papel en el desarrollo del problema (Situación); y cuál es el contexto en el que se da el comportamiento (Ambiente):

- En el nivel individual se trata de identificar factores de riesgo. Para definir la población diana se pueden utilizar indicadores tales como: consumo previo de drogas; percepción de las normas sociales sobre el consumo; disponibilidad de acceso a las drogas; comportamientos agresivos en la infancia; bajas expectativas académicas; etcétera.
- Los factores de situación se refieren a factores interpersonales. Para definir la población diana se utilizan como indicadores: el consumo de drogas por parte de

familiares y amigos; los problemas de comunicación padres-hijos; la frecuencia con la que se ofrece el consumo; las oportunidades para la intervención (por ejemplo, que haya reuniones de padres en la escuela); etcétera.

- Y, por último, los factores situaciones tienen que ver con la presión del grupo de iguales; el grado de control del consumo en la escuela; etcétera.

Una vez que se cuenta con esta información, la elección del nivel de intervención tiene que ver con consideraciones estratégicas. Éstas tienen que ver con el segundo componente, que pasamos a comentar.

#### *(b) Elección de la estrategia de intervención*

La elección de la estrategia debe basarse en los “factores mediadores” reconocidos por la literatura científica. Son factores mediadores aquellos sobre los que actúa el programa para reducir la incidencia del problema o evitar su aparición. Los factores mediadores guían la formulación teórica, justifican la elección de actividades, y también sirven como modelo en la evaluación del programa.

Para terminar con este apartado metodológico, recogemos otras tres propuestas específicas para el diseño y la evaluación de programas preventivos:

1. En los diseños longitudinales se recomienda definir los intervalos en los que se divide el programa de acuerdo con la naturaleza del proceso de cambio, y no sólo por cuestiones logísticas.
2. Es necesario valorar las probabilidades de que la intervención sea efectiva con estudios piloto y con evaluación formativa, antes de generalizarla a toda la población.
3. Por último, hay que adoptar un enfoque multidimensional en la evaluación del programa.

*Ejemplos de variables mediadoras y de resultados en estudios de prevención*

<b>Problema</b>	<b>Dos mediadores</b>	<b>Resultados</b>
Sintomatología en niños de padres divorciados	Calidad de la relación padres-hijos Afrontamiento activo de las situaciones por parte de los hijos	Problemas de conducta Ansiedad Depresión
Abuso de drogas	Normas sociales Habilidades de resistencia	Consumo de tabaco Consumo de alcohol Consumo de marihuana
Alteraciones del aprendizaje	Destreza social general Habilidades específicas para el aprendizaje	Rendimiento escolar Puntuaciones en pruebas estandarizadas
Sintomatología tras acontecimientos críticos	Apoyo positivo familiar Facilitar estados de aflicción	Depresión Ansiedad Miedo
Suicidio	Conocer servicios de ayuda Derivaciones a cuidados psiquiátricos generales	Intentos de suicidio Muertes debidas a suicidio
Delincuencia	Éxito académico Apoyo y guía familiar	Registro de arrestos
Embarazo en adolescentes	Éxito académico Comunicación padres-hijos	Embarazo no deseado Relación sexual no segura
Enfermedades de transmisión sexual, SIDA	Prácticas de sexo seguro Abstinencia	Sexo no seguro ETS
Consumo de anabolizantes en adolescentes	Alternativas Normas sociales	Consumo de esteroides
Enfermedad mental	Afrontamiento positivo del estrés Destreza social	Ajuste Diagnóstico DSM III



**Isidro Maya Jariego**

<http://www.personal.us.es/isidromj>

--

Para citar este artículo, utiliza por favor las siguientes referencias:

Maya Jariego, I. (2003). Diseño, evaluación e implantación de un proyecto de intervención social. En F. Loscertales y Núñez, T. (Coords.): *Comunicación e Intervención*. Módulo 10: Revisión del proyecto y redacción final de la Tesis de Maestría. CD Interactivo. Universidad de Sevilla.

Maya Jariego, I. (2001). La intervención social planificada. En F. Loscertales y Núñez, T. (Coords.): *Comunicación y habilidades sociales para la intervención en grupos*. Módulo 10: Evaluación y diseño del proyecto de intervención. CD Interactivo. Universidad de Sevilla.