



Programas preventivos de las drogodependencias

Guía de evaluación

Colección **Documentos de Trabajo**

Programas preventivos de las drogodependencias

Guía de evaluación

Programas preventivos de las drogodependencias

Guía de evaluación

Colección_ **Documentos de Trabajo**

Serie_Bienestar Social, 4



Diputació
Barcelona

Autores:

Sílvia Font-Mayolas, M. Eugènia Gras y Montserrat Planes

Grupo de investigación en Psicología de la Salud de la Universidad de Girona

Esta guía se ha elaborado con la colaboración de los miembros del grupo motor de la comisión de evaluación:

Francesc Hernández (Diputación de Barcelona)

Pilar Sánchez (Diputación de Barcelona)

Núria García (Diputación de Barcelona)

Amparo Junquero (Diputación de Barcelona)

Otger Amatller (CAS del Penedès-Garraf)

Maria Estrada (Generalitat de Catalunya)

Elisa Grau (Ayuntamiento de Sabadell)

Assumpta Lluch (Ayuntamiento de Mataró)

Adrià Pagès (Ayuntamiento de Matadepera)

Francesc Ruiz (CAS de L'Hospitalet de Llobregat)

Asimismo, este trabajo incluye las aportaciones de los miembros del grupo plenario de la comisión de evaluación:

Francesc Hernández (Diputación de Barcelona)

Pilar Sánchez (Diputación de Barcelona)

Núria García (Diputación de Barcelona)

Amparo Junquero (Diputación de Barcelona)

Magda Bertran (Diputación de Barcelona)

Iolanda Moragues (Diputación de Barcelona)

Maribel Serra (Diputación de Barcelona)

Otger Amatller (CAS del Penedès-Garraf)

Assumpta Lluch (Ayuntamiento de Mataró)

Elvira Matas (Ayuntamiento de Martorelles)

Adrià Pagès (Ayuntamiento de Matadepera)

Francesc Ruiz (CAS de L'Hospitalet de Llobregat)

Maria Estrada (Generalitat de Catalunya)

Carme Almirall (Ayuntamiento de Sitges)

Cristina Ausiró (Ayuntamiento de Manlleu)

Rubén Calvo (Ayuntamiento de Vilafranca del Penedès)

Ester Coromina (ICS Centro Manlleu)

Xavier Crego (Ayuntamiento de Badalona)

Sílvia del Fresno (Ayuntamiento de Sant Sadurní d'Anoia)

Neus del Valle (Ayuntamiento de Santa Coloma de Cervelló)

Clara Díaz (Ayuntamiento de Pineda de Mar)

Joan Elvira (Ayuntamiento de Castellar del Vallès)

Núria Farré (Ayuntamiento de Vic)

Raquel González (Ayuntamiento de Sant Cugat del Vallès)

Elisa Grau (Ayuntamiento de Sabadell)

Anna Jiménez (Ayuntamiento de Sant Hipòlit de Voltregà)

Meritxell López (Ayuntamiento de Òdena)

Anna Novell (Ayuntamiento de Mollet del Vallès)

Eva Ozcoz (Ayuntamiento de Cerdanyola del Vallès)

Pilar Ripoll (CAS Font Santa)

José Manuel Urendes (Ayuntamiento de Badalona)

Montserrat Mestres (Ayuntamiento de Manlleu)

También ha contribuido en la preparación de esta publicación Laura Masferrer Boix, becaria del grupo de investigación en Psicología de la Salud de la Universidad de Girona, bajo la dirección de las autoras de la guía.

Coordinación:

Área de Bienestar Social

© de la edición: Diputación de Barcelona

Enero de 2010

Diseño y producción: Dirección de Comunicación
de la Diputación de Barcelona

Composición: Addenda

Impresión: Gráficas Varona

ISBN: 978-84-9803-525-4

Depósito legal: S. 63-2010

Índice

Presentación	9
Introducción	11
1. Intervenciones preventivas en drogodependencias en las comarcas de Barcelona	13
1.1. El consumo de drogas y la responsabilidad de los municipios	13
1.2. La creación de la Red Local de Prevención de las Drogodependencias ...	14
1.3. Tipología de las intervenciones preventivas locales de las drogodependencias en la provincia de Barcelona	16
2. Fases de la evaluación de las intervenciones preventivas	23
2.1. Introducción	23
2.2. Proceso de la evaluación de programas	23
2.3. Evaluación de la planificación, de la calidad y del proceso y de los resultados	25
3. Evaluación de una sesión informativa	29
3.1. Introducción	29
3.2. Evaluación de la planificación de una sesión informativa	30
3.3. Evaluación del desarrollo de una sesión informativa	34
3.4. Evaluación de los efectos de una sesión informativa	38
4. Evaluación de folletos informativos	41
4.1. Introducción	41
4.2. Fase de planificación de la intervención: evaluación de la calidad del folleto	41
4.3. Fase de proceso de la intervención: evaluación de la difusión del folleto	42
4.4. Fase de resultados de la intervención: evaluación de los efectos del folleto	43
5. Evaluación de talleres preventivos	45
5.1. Introducción	45
5.2. Evaluación de la planificación de la intervención	45
5.3. Evaluación del proceso de la intervención	49
5.4. Evaluación de los resultados de la intervención	50

6. Evaluación de paquetes preventivos	53
6.1. Introducción	53
6.2. Evaluación de la planificación de un paquete preventivo	53
6.3. Evaluación del desarrollo de un paquete preventivo	56
6.4. Evaluación de los efectos de un paquete preventivo	60
7. Evaluación de campañas informativas	63
7.1. Introducción	63
7.2. Evaluación de la planificación de la intervención	63
7.3. Evaluación del proceso de la intervención	66
7.4. Evaluación de los resultados de la intervención	67
8. Análisis de los resultados de la evaluación	69
8.1. Diseños de evaluación	69
8.2. Evaluación cuantitativa y evaluación cualitativa	72
8.3. Análisis de los resultados de la evaluación cuantitativa	72
8.4. Análisis de los resultados de la evaluación cualitativa	89
9. Informe de los resultados de la evaluación	91
9.1. Introducción	91
9.2. Cómo tiene que ser el informe de evaluación	91
9.3. Apartados del informe de evaluación	92
9.4. Ejemplo de informe de los resultados de una evaluación	94
Referencias	103
Bibliografía	105
Anexos	107
Anexo 1. Glosario de términos psicológicos	109
Anexo 2. Glosario de términos metodológicos	112
Anexo 3. Observación sistemática	115
Anexo 4. Instrumentos completos de evaluación de conocimientos, creencias y actitudes relacionados con el consumo de tabaco y alcohol	118
Anexo 5. Ejemplos de ítems para incluir en cuestionarios de evaluación de conocimientos, creencias y actitudes con relación al consumo de diferentes tipos de sustancias adictivas	122
Anexo 6. Análisis de los resultados de la evaluación cuantitativa: cálculo de los índices y pruebas de hipótesis	127
Anexo 7. Cómo citar documentos	144
Anexo 8. Local Network for Prevention of Drug Dependencies	146

Presentación

Me complace presentar este documento que pretende ofrecer elementos metodológicos para evaluar programas locales de prevención de drogodependencias.

Esta guía es fruto del trabajo realizado por un grupo heterogéneo de treinta y cuatro profesionales procedentes del ámbito local, expertos en prevención de las drogodependencias, que durante un periodo de seis meses han consensuado las pautas que deben seguirse para evaluar distintas tipologías de intervenciones preventivas locales de las drogodependencias.

Se enmarca dentro de la programación de la Red Local de Prevención de las Drogodependencias, constituida el 15 de marzo de 2006 con la voluntad política y técnica de desarrollar un modelo de gestión compartida de referencia territorial con la finalidad de impulsar los servicios y programas de prevención comunitaria en toda la ciudadanía de la provincia de Barcelona.

La Diputación de Barcelona ha adoptado el compromiso de dar apoyo técnico y económico a los municipios adheridos. En el ámbito técnico se crearon dos comisiones de trabajo durante el año 2007, y una de éstas es la comisión para elaborar la guía de evaluación que os presento.

Tener un modelo que seguir para evaluar las intervenciones preventivas que se realizan en los municipios es esencial para garantizar la eficacia de las actuaciones dirigidas tanto a jóvenes adolescentes y sus familias como a otros colectivos.

Esto ha sido hasta ahora una dificultad para los técnicos municipales, ya que se necesitan herramientas metodológicas específicas para evaluar en el ámbito de la prevención de las drogodependencias.

Deseo que esta guía sea de utilidad para todos los que trabajáis en el ámbito de la prevención de las drogodependencias y que podáis disponer de una herramienta práctica, didáctica y operativa que se pone al alcance de los ayuntamientos adheridos a la Red Local de Prevención de las Drogodependencias de la Diputación de Barcelona.

Montserrat Ballarin España
Presidenta delegada del Área de Bienestar Social

Introducción

¿Por qué una guía orientadora para evaluar programas preventivos en drogodependencias?

Las drogodependencias son uno de los principales problemas de salud en las sociedades desarrolladas. El acceso a las drogas tanto legales como ilegales es relativamente fácil y no excesivamente costoso, lo que propicia un incremento del consumo entre los adolescentes y los jóvenes, y a una edad de inicio de experimentación cada vez más precoz (OEDT, 2006; ONU, 2005).¹ Además del peligro para la salud que supone en sí mismo el consumo de cualquier sustancia adictiva, se ha constatado que consumirlas se asocia al uso de otras sustancias, hecho que se ha denominado «la escalada del consumo» (Font-Mayolas, Gras y Planes, 2006; Johns, 2001; Kandel y Davies, 1996; Linskey et al., 2003).

El consumo de sustancias adictivas entre los jóvenes y los adolescentes es motivo de preocupación tanto para la sociedad en general como para las instituciones en particular (OEDT, 2006). Con finalidad preventiva, desde las administraciones se destinan esfuerzos y recursos a planificar acciones para intentar que la edad de inicio del contacto con las drogas se retrase lo máximo posible y para conseguir la reducción o el abandono del consumo de los que ya las consumen. No obstante, muchas de las intervenciones que se realizan no son evaluadas, de modo que no puede saberse si se han aprovechado debidamente los recursos destinados a ellas.

La poca tradición en evaluar las intervenciones que se programan y se aplican desde las instituciones puede explicarse en muchos casos por la percepción que suele tenerse del proceso evaluador como algo complicado y dificultoso. Esta percepción puede ser producto de la inexperiencia, pero también de la consulta de manuales de evaluación complejos que posiblemente están pensados para el uso de expertos y que pueden resultar poco accesibles para quien tiene la necesidad de evaluar una intervención pero le falta experiencia. También se da como razón para no evaluar una intervención el hecho de haber sido aplicada repetidamente en otras poblaciones y contextos con éxito, olvidando que las características y las circunstancias específicas de cada colectivo pueden ser muy diversas.

Esta guía quiere ser un instrumento de fácil acceso para aquellas personas que, habiendo llevado a cabo una intervención preventiva en drogodependencias, se encuentren ante la necesidad de conocer la eficacia y la eficiencia de las acciones realizadas, para que: en primer lugar, se adapten lo máximo posible a las necesidades de los grupos dia-

1. Todas las fuentes bibliográficas se encuentran en los apartados «Referencias» y «Bibliografía», antes de los anexos.

na; en segundo lugar, se puedan reorientar para conseguir los objetivos previstos, y, en tercer lugar, se haga un máximo aprovechamiento y una mejor distribución de los recursos disponibles.

El punto de partida de la guía ha sido el análisis de la situación actual en lo relativo a las intervenciones preventivas en las comarcas de Barcelona, a partir de las solicitudes de subvenciones para proyectos de prevención de las drogodependencias presentadas a la Diputación de Barcelona durante el año 2006. Según las evaluaciones previstas y realizadas se constata que: 1) en una buena parte de los proyectos no se prevé realizar ningún tipo de evaluación de las intervenciones; 2) sólo un pequeño porcentaje de las intervenciones realizadas en el pasado han sido evaluadas, y 3) es más bien excepcional que se haga una descripción detallada de la evaluación prevista o realizada.

Por ello, los objetivos fundamentales de esta guía son:

- Ofrecer pautas que puedan ser útiles para evaluar intervenciones preventivas en drogodependencias aplicadas desde ayuntamientos, consejos comarcales y otras instituciones.
- Modificar la percepción de la tarea de evaluación como algo muy complejo e «inabordable» para que se convierta en accesible.
- Presentar ejemplos prácticos de cómo realizar una evaluación que puedan ser fácilmente adaptados a las necesidades y los recursos de cada situación.

Una aportación original de este estudio es su proceso de elaboración. Esta guía es el producto del trabajo conjunto de la comisión sobre «Los elementos metodológicos para la evaluación de programas preventivos de drogodependencias dirigidos a familias y jóvenes» a lo largo de seis meses. Han formado parte de esta comisión un equipo de asesoramiento técnico del grupo de investigación en Psicología de la Salud de la Universidad de Girona, miembros del Área de Bienestar Social de la Diputación de Barcelona y un grupo de técnicos de los municipios que forman parte de la Red Local de Prevención de las Drogodependencias.

Por tanto, en la guía que se presenta se recogen tanto las aportaciones del equipo de asesoramiento técnico como las de los miembros de la comisión, la mayor parte de los cuales son personas conocedoras de primera mano de la problemática específica de sus municipios.

1. Intervenciones preventivas en drogodependencias en las comarcas de Barcelona

1.1. El consumo de drogas y la responsabilidad de los municipios

El consumo de drogas legales y prohibidas es un fenómeno siempre presente en nuestra sociedad que conoce modas más o menos pasajeras. Así, durante el siglo xx se vivió la irrupción de la heroína en los años setenta, el aumento del consumo de la cocaína en los años ochenta y la salida de escena de la heroína en los años noventa (Escohotado, 1992). En la actualidad, se mantiene el consumo de tabaco y alcohol, se incrementa el consumo de cannabis y cocaína y, por tanto, se siguen sufriendo las amplias y graves consecuencias negativas de estas conductas adictivas, tanto en el ámbito individual como en el social (OEDT, 2006).

De acuerdo con la Ley de Bases de Régimen Local, las principales competencias municipales relacionadas con la prevención de las drogodependencias son las que figuran en el capítulo III, artículo 24, que establece lo siguiente (cf. Diputación de Barcelona, 2006a):

1. El municipio, para la gestión de sus intereses y en el ámbito de sus competencias, puede promover todo tipo de actividades y prestar todos aquellos servicios públicos que contribuyan a satisfacer las necesidades y las aspiraciones de la comunidad vecinal.
2. El municipio ejercerá, en todo caso, competencias, en los términos de la legislación del Estado y de las comunidades autónomas, en las materias siguientes:
 - a) Prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social.
 - b) Actividades o instalaciones culturales y deportivas; ocupación del tiempo libre.
 - c) Participación en la programación de enseñanza y cooperación con la administración educativa en la creación, la construcción y el sostenimiento de los centros docentes públicos.

Así, las administraciones locales, para facilitar el desarrollo de actividades preventivas de inspiración comunitaria, es decir, con la implicación de las diferentes instituciones y organizaciones sociales del territorio y con la participación y el compromiso de la comunidad, pueden desarrollar planes locales de drogodependencias (PLD) para promover la calidad de vida de la población. Estos planes tendrán en cuenta: el diagnóstico del abuso de drogas en el territorio, los objetivos de las intervenciones, la articulación de las distintas iniciativas de las diversas áreas municipales, las estrategias de coordinación, los mecanismos de participación ciudadana, la determinación de los recursos necesarios y disponibles, y la metodología y los instrumentos de seguimiento y evaluación (Diputación de Barcelona, 2006a).

La actuación de los PLD abarca espacios como la escuela, la familia, el tiempo libre, los colectivos en situación de riesgo, la empresa y los medios de comunicación a través de la participación de educadores, trabajadores sociales, animadores socioculturales, familias, profesionales de la salud, farmacéuticos, policía y responsables políticos municipales, e incorpora actuaciones preventivas específicas, sobre todo en cuanto a información, educación para la salud, y control de la oferta y publicidad de las drogas (Diputación de Barcelona, 2006b).

1.2. La creación de la Red Local de Prevención de las Drogodependencias

En general, en los PLD se ha observado un bajo nivel de planificación y coordinación y una falta de rigor y efectividad que podrían deberse a factores como, por ejemplo (Diputación de Barcelona, 2006b):

- Número de profesionales insuficiente y con poco reconocimiento y experiencia en esta tarea.
- Débil compromiso político.
- Falta de directrices.
- Déficit de espacio de encuentro e intercambio.
- Dificil corresponsabilidad participativa de servicios a los ciudadanos no vinculados orgánicamente a las competencias municipales.

En el año 2006, desde el Área de Bienestar Social de la Diputación de Barcelona se propuso solucionar estas carencias con la existencia de un modelo de abordaje de vocación «universalista» y de trabajo en red que estuviera al alcance de los municipios y que facilitara un marco y modelo de acción preventiva de las drogodependencias, una metodología, unos recursos y unos instrumentos válidos.

Así pues, ante la heterogeneidad de programas para la prevención local de drogodependencias, las limitaciones presupuestarias y la complejidad en la gestión de los servicios, el Área de Bienestar Social de la Diputación de Barcelona propuso la creación de la Red Local de Prevención de Drogodependencias para posibilitar el fortalecimiento del compromiso preventivo de los entes locales, a través de medios económicos y de la estructuración de un espacio técnico, y para impulsar una mejora conjunta con el fin de avanzar hacia unos PLD basados en criterios de eficacia y calidad (Diputación de Barcelona, 2006c).

Esta Red Local de Prevención de las Drogodependencias nació circunscrita al ámbito territorial de la provincia de Barcelona y tiene como punto de partida el trabajo realizado durante el año 2005 por un grupo de «pre-red» formado por técnicos y representantes de setenta y dos municipios y seis entidades del sector.

La red fue presentada el 15 de marzo de 2006 y sus finalidades son (Diputación de Barcelona, 2006c):

- Impulsar la prevención de las drogodependencias en el ámbito local.
- Crear la estrategia del mundo local en la prevención de las drogodependencias.

- Establecer un marco de cooperación local para el desarrollo conjunto de políticas sociales.
- Promover la participación de la sociedad civil.
- Lograr la equidad en el conjunto del territorio.
- Compartir recursos para fortalecer la propia capacidad prestadora.
- Sumar esfuerzos de los diferentes agentes del territorio.
- Apostar por el crecimiento y la calidad de los servicios.

La estructura y el funcionamiento de la red se pueden desglosar en (Diputación de Barcelona, 2006d):

- Consejo de la Red Local de Prevención de Drogodependencias: es el órgano principal de la red y está formado por todos los responsables políticos de los entes locales adheridos y por cinco miembros en representación de la Diputación de Barcelona. Sus funciones son: definir los objetivos, las líneas generales de actuación y la programación anual, establecer la política informativa, acordar los miembros de los órganos de participación y representar institucionalmente la red.
- Comité de coordinación: está dirigido por un representante de la Diputación y formado por cargos electos en representación territorial y política de los municipios y entes locales miembros de la red. Sus tareas son: proponer la programación anual, coordinar las actuaciones de la red, seguir y evaluar el funcionamiento de la red y actuar como interlocutor ante otras administraciones y actores.
- Consejo asesor: es un órgano participativo y consultivo, de carácter no vinculante, integrado por el tercer sector, agentes sociales, asociaciones profesionales, expertos, etc. Su función es abrir la red a entidades que representan al sector.
- Comisiones de trabajo: son grupos técnicos, organizados en función de proyectos o temas de interés común, que desarrollan las directrices del comité de coordinación. Están formadas por un amplio equipo de profesionales (de veinte a treinta) de los ayuntamientos, consejos comarcales y la Diputación de Barcelona, y disponen de la asistencia técnica de uno o más expertos. Cada comisión elabora un producto final y suele tener una duración de cuatro a seis meses, durante los cuales se reúnen cuatro veces todos los miembros de la comisión (reunión plenaria) y cuatro veces un subgrupo de seis o siete miembros de la comisión (grupo motor). La elección de los temas se lleva a cabo en la reunión plenaria de la Red Local de Prevención de Drogodependencias, en la que participan todos los miembros de la red. Cada ayuntamiento selecciona un tema a partir de una lista elaborada por la Diputación de Barcelona y se escogen los temas más solicitados. Según los resultados de este proceso, una de las dos comisiones de trabajo propuestas tiene como tema «Los elementos metodológicos para la evaluación de programas preventivos de drogodependencias dirigidos a familias y jóvenes», con el apoyo de los expertos del grupo de investigación en Psicología de la Salud de la Universidad de Girona. Esta comisión se reunió a lo largo de 2006 y 2007, y la presente guía de evaluación de los *Programas preventivos de las drogodependencias* es su resultado.

1.3. Tipología de las intervenciones preventivas locales de las drogodependencias en la provincia de Barcelona

La actividad de los expertos de la comisión de trabajo para la elaboración de esta guía de evaluación se inició con el análisis de los contenidos de las solicitudes de subvención para proyectos de prevención de las drogodependencias presentadas a la Diputación de Barcelona en el año 2006. Si bien no todos los ayuntamientos y entes locales que aplican proyectos preventivos se presentan a esta convocatoria, sí que se considera que el volumen de solicitudes recibidas puede resultar una muestra bastante representativa de la tipología de actividades puestas en marcha, de su frecuencia y metodología de aplicación, y del sistema de evaluación.

En la tabla 1.1 se presenta una categorización de las actividades descritas en las solicitudes de subvención, que han sido agrupadas en: actividades de información presenciales, actividades de formación presenciales, actividades de información no presenciales,

Tabla 1.1. Categorización de las actividades propuestas en el apartado de metodología de la ficha para la solicitud de subvenciones para programas preventivos en drogodependencias

<i>Categoría</i>	<i>Actividades</i>
Actividades de información presenciales	Charlas, jornadas, exposiciones, visitas guiadas, puntos informativos, stands informativos en fiestas y conciertos, y campañas informativas en bares, restaurantes y en el ámbito laboral
Actividades de formación presenciales	Talleres, cursos de formación a formadores, programa de entrenamiento en habilidades sociales, talleres de reducción de daños, creación de grupos de trabajo comunitarios de prevención, talleres para trabajar el mito y la realidad que supone el consumo de alcohol y los mitos sobre consumo de cannabis, taller de autoestima y autosuperación, taller sobre la toma de decisiones, taller sobre estrategias cognitivas, taller sobre el control emocional, taller sobre valores, y taller sobre tolerancia y cooperación
Actividades de información no presenciales	Campaña de comunicación, cuentos y cuñas en la radio, página web, ciberespacio y tertulia televisiva
Investigación	Observatorio del consumo de drogas, convocatoria al premio de investigación sobre drogodependencias y encuesta de salud a los jóvenes
Elaboración de materiales	Dípticos, trípticos, <i>flyers</i> , vasos reciclados, vídeos, folletos, informes, catálogos de recursos, normativa de consumo, protocolos, guías informativas y material didáctico y pedagógico
Actividades lúdicas	Conciertos sin alcohol, fiestas alternativas, obras de teatro, cinefórum, actividades alternativas de ocio nocturno, concurso literario en torno al mundo de las drogas, oferta deportiva, oferta cultural y concurso Quit&Win

Continúa

Tabla 1.1. Continuación

<i>Categoría</i>	<i>Actividades</i>
Intervención en deshabituación	Sesiones de atención psicológica individuales y grupales, ofrecimiento de programas de tratamiento de tabaquismo y de detección precoz del alcoholismo, y grupos de tratamiento para dejar de fumar dirigidos a personal de empresa
Apoyo en la prevención	Coordinación de protocolos para los IES, servicio de seguimiento en los IES para el consumo de hachís, orientación y asesoramiento a las entidades, apoyo técnico a los colectivos y asociaciones, préstamo de materiales, información de la existencia de centros de tratamiento y de las asociaciones de alcohólicos rehabilitados y de familias de drogodependientes, y creación de una red municipal de prevención
Reducción de daños	Programa de intercambio de jeringuillas, control de la alcoholemia, programa conductor alternativo (se premia a los jóvenes que no beben), entrega de preservativos, dispensación de metadona e implicación de los locales de hostelería («buenas prácticas»)
Otras	Sesiones sustitutivas de las multas administrativas y programas alternativos para jóvenes infractores

investigación, elaboración de materiales, actividades lúdicas, intervención en deshabituación, apoyo en la prevención y reducción de daños.

En las siguientes tablas (1.2-1.11) se presentan las frecuencias y los destinatarios de las diferentes categorías de actividades presentadas en las solicitudes de subvención para programas preventivos en drogodependencias a la Diputación de Barcelona en el año 2006. Como se observa en la tabla 1.2, las actividades de información presenciales más propuestas son las charlas, seguidas, con la mitad de frecuencia, por las exposiciones y los puntos informativos.

Tabla 1.2. Frecuencia de actividades de información presenciales (94 propuestas)

<i>Tipo de actividad</i>	<i>Destinatarios</i>	<i>Propuestas</i>
1. Charlas, mesas redondas	Jóvenes, padres, formadores o entidades	30
2. Exposiciones, stands informativos en fiestas, conciertos, ferias	Jóvenes, población en general	17
3. Puntos informativos, servicios de asesoramiento y atención	Jóvenes, padres, empresas, población en general	15
4. Campañas de sensibilización, divulgación, información	Jóvenes, padres, población en general	12
5. Jornadas, semana cultural, visitas guiadas	Jóvenes, padres, población en general	10

Continúa

Tabla 1.2. Continuación

<i>Tipo de actividad</i>	<i>Destinatarios</i>	<i>Propuestas</i>
6. Actividades en el aula con el profesorado	Jóvenes	3
7. Otras actividades (visita al médico de familia o al pediatra, intervenciones en medio abierto, servicio de creación artística, adaptación del PASE,* curso de maridaje)	Diversos	7

* PASE: programa de prevención del Ayuntamiento de Barcelona.

Tal y como se presenta en la tabla 1.3, las actividades de formación presenciales más propuestas en las solicitudes de subvención son los talleres, seguidos, con menos de la mitad de frecuencia, por los cursos.

Tabla 1.3. Frecuencia de actividades de formación presenciales (102 propuestas)

<i>Tipo de actividad</i>	<i>Destinatarios</i>	<i>Propuestas</i>
1. Talleres (autoestima y superación, toma de decisiones, estrategias cognitivas, control emocional, prevención del sida, valores, tolerancia y cooperación, apoyo educativo, prevención, reducción de daño)	Jóvenes, padres, formadores o entidades	59
2. Cursos	Jóvenes, formadores	22
3. Programas (entrenamiento en habilidades sociales, prevención. «Conecta», «La aventura de la vida», «Órdago», «Mis amigos, mi jardín», «Moneo», «Fem pinya!»)	Jóvenes, padres	16
4. Reuniones y grupos de trabajo (estrategias de intervención, prevención)	Bares, restaurantes, empresas	2
5. Otras actividades (trabajar los mitos)*	Jóvenes	3

* Sin especificarse la actividad.

Tal y como se observa en la tabla 1.4, la mayor parte de las actividades de formación e información no presenciales corresponden a la propuesta de intervenciones a través de los medios de comunicación.

Tabla 1.4. Frecuencia de actividades de formación e información no presenciales (24 propuestas)

<i>Tipo de actividad</i>	<i>Destinatarios</i>	<i>Propuestas</i>
1. <i>Mass media</i> (televisión, radio, campañas de comunicación, medios sin especificar)	Jóvenes, población en general	18
2. Internet (web, punto de información virtual)	Jóvenes, población en general	6

Como se observa en la tabla 1.5, son pocas las actividades de investigación propuestas, y la más mencionada es la recogida de información mediante la administración de cuestionarios y la realización de entrevistas.

Tabla 1.5. Frecuencia de actividades de investigación (6 propuestas)

<i>Tipo de actividad</i>	<i>Destinatarios</i>	<i>Propuestas</i>
1. Recogida de información mediante entrevistas o cuestionarios (encuesta de salud)	Jóvenes, padres, docentes	5
2. Premios de investigación		1

En la tabla 1.6 se observa que los materiales que elaborar para los que se solicita subvención son principalmente breves escritos en forma de dípticos, trípticos, *flyers* y folletos.

Tabla 1.6. Frecuencia de actividades de elaboración de materiales (16 propuestas)

<i>Tipo de actividad</i>	<i>Destinatarios</i>	<i>Propuestas</i>
1. Dípticos, trípticos, <i>flyers</i> y folletos	Jóvenes, población en general	6
2. Guías informativas/normativa de consumo	Varios	3
3. Material didáctico y pedagógico	Jóvenes	2
4. Vídeos	Jóvenes	2
5. Otros (guías de recursos, test DRAC,* protocolos)	Varios	3

* Programa DRAC. Programa de prevención y reducción de riesgos del consumo de drogas del Consejo Comarcal de Osona.

En la tabla 1.7 se aprecia que las actividades lúdicas de mayor frecuencia son las que se realizan por la noche (como los stands en fiestas), seguidas por la propuesta de obras de teatro.

Tabla 1.7. Frecuencia de actividades lúdicas (26 propuestas)

<i>Tipo de actividad</i>	<i>Destinatarios</i>	<i>Propuestas</i>
1. Actividades alternativas de ocio nocturno (estand de SOM.NIT, noche sin riesgos, proyecto «Vive la noche», fiesta de Nochevieja)	Jóvenes	9
2. Obras de teatro	Jóvenes	7
3. Cinefórum	Jóvenes	3
4. Concursos (Quit&Win, concurso literario en torno al mundo de las drogas)	Jóvenes	2
5. Otras actividades de ocio (conciertos, fin de semana joven, centros juveniles, tardes jóvenes, programa «Hablemos de ocio»)	Jóvenes	5

Como se desprende de la tabla 1.8, son pocas las propuestas dirigidas a la intervención en deshabituación presentadas en este tipo de subvención. De hecho, no se trata del tipo de propuestas que se espera encontrar en estas solicitudes de subvención para programas preventivos, pues hay otras convocatorias de prevención terciaria más adecuadas. Básicamente incluyen atención psicológica individual y/o grupal, tratamientos para dejar de fumar y atención médica en las áreas básicas de salud (ABS).

Tabla 1.8. Frecuencia de actividades de intervención en deshabituación (5 propuestas)

<i>Tipo de actividad</i>	<i>Destinatarios</i>	<i>Propuestas</i>
1. Atención psicológica individual y grupal	Varios	2
2. Intervenciones preventivas o en deshabituaciones (tratamientos para dejar de fumar, detección precoz del alcoholismo)	Personal de empresa, población en general	2
3. Atención médica ABS	Varios	1

Como se observa en la tabla 1.9, la actividad de apoyo a la prevención que predomina es la elaboración de protocolos, seguida en menor frecuencia por la propuesta de creación de comisiones de trabajo.

Tabla 1.9. Frecuencia de actividades de apoyo en la prevención (20 propuestas)

<i>Tipo de actividad</i>	<i>Destinatarios</i>	<i>Propuestas</i>
1. Elaboración de protocolos (tratamientos para dejar de fumar, detección precoz del alcoholismo)	Estudiantes de IES, población en general	8
2. Creación de comisiones de trabajo	–	3
3. Servicios de seguimiento del consumo (hachís)	Estudiantes de IES	1
4. Información sobre servicios (centros de tratamientos, asociaciones de alcohólicos rehabilitados, familiares de drogodependientes)	Población en general	1
5. Otros (préstamo de material, intervenciones específicas, creación de una red municipal de prevención)	Varios	7

Tal y como se muestra en la tabla 1.10, la frecuencia de propuestas de actividades de reducción de daños presentadas en este tipo de subvención es baja y, como se exponía en el caso de las actividades de intervención en deshabituación, no sería el tipo de subvención que solicitar más adecuado para esta tarea. Se concretan básicamente en servicios de acogida y programas de intercambio de jeringuillas.

Tabla 1.10. Frecuencia de las actividades de reducción de daños (7 propuestas)

<i>Tipo de actividad</i>	<i>Destinatarios</i>	<i>Propuestas</i>
1. Socialización y normalización en drogodependencias. Servicios de acogida	Drogodependientes	3
2. Programas de intercambio de jeringuillas	UDVP*	2
3. Dispensación de metadona	Drogodependientes	1
4. Asesoramiento de asociaciones de afectados	Drogodependientes	1

* Usuario de drogas por vía parenteral.

El análisis de frecuencias de actividades presentadas acaba con la tipología llamada otras, que tan sólo engloba dos propuestas dirigidas a intervenir en infracciones, tal como se observa en la tabla 1.11.

Tabla 1.11. Frecuencia de otras actividades (2 propuestas)

<i>Tipo de actividad</i>	<i>Destinatarios</i>	<i>Propuestas</i>
1. Intervenciones en infracciones	Infractores	2

La ficha que la Diputación de Barcelona creó para solicitar subvenciones destinadas a programas preventivos de las drogodependencias se apoya en las Guidelines for the evaluation of drug prevention (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCD-DA, 1998) y requiere, por parte del solicitante, una descripción detallada de su proyecto que incluye preguntas respecto al tipo de evaluación prevista.

En la tabla 1.12 se muestra el porcentaje de solicitudes presentadas en el año 2006 que prevén llevar a cabo la evaluación de la planificación, del proceso y de los resultados y, en el caso de los proyectos de continuidad, los que han evaluado o están evaluando los programas. Se observa que más de la mitad de las solicitudes tienen previsto realizar evaluación de la planificación y de los resultados, y que un 69,4% plantea evaluar su proceso.

Tabla 1.12. Solicitudes que prevén o han hecho evaluaciones (en %)

<i>Tipos de evaluación</i>	<i>Prevista n = 49</i>	<i>Realizada* n = 40</i>	<i>En marcha* n = 40</i>
Planificación y diseño	57,1%	17,5%	20%
Proceso y formación	69,4%	20%	35%
Resultados y sumativa	53,1%	20%	20%

* Estos porcentajes se han calculado sobre el total de proyectos de continuidad.

Otros datos que aporta la revisión del contenido de las solicitudes presentadas en el año 2006 hacen referencia al hecho de que muy pocos solicitantes (aproximadamente el 10%) hacen una descripción meticulosa de la evaluación prevista o realizada (en el caso de proyectos de continuidad). En otros casos (aproximadamente el 50%) se dan algunos indicadores a partir de los cuales se pretende evaluar. En el resto de las solicitudes no se aporta ningún indicador específico de evaluación o bien se deja el apartado en blanco.

Asimismo, se observa que en algunos casos no se diferencia entre la evaluación del proceso y la de los resultados, y se proponen exactamente los mismos indicadores y las mismas acciones evaluadoras.

Estos datos avalan la utilidad de la labor de la comisión de trabajo para la elaboración de esta guía de evaluación. Dado que las tipologías de actividades preventivas que se ofrecen en todos los municipios de la provincia de Barcelona son muy variados (tal y como se ha presentado en las tablas 1.2-1.11), en la reunión inicial plenaria de la comisión se decidió que, para un primer volumen de la guía, los tipos de actividades de mayor interés que se evaluarían serían: las sesiones informativas, los folletos, los talleres, los paquetes preventivos y las campañas informativas (cuña radiofónica).

2. Fases de la evaluación de las intervenciones preventivas

2.1. Introducción

Fernández-Ballesteros (1996, p. 15) define la evaluación de programas como «un cuerpo de conocimientos teóricos y metodológicos que se han venido implantando en los últimos treinta años conformando un ámbito de aplicación de las ciencias sociales para dar respuesta a la necesidad de enjuiciamiento de ciertas decisiones políticas (tanto públicas como privadas) y con el fin de que redunde en beneficio de la intervención social y, por tanto, del ciudadano».

Si bien el objeto de evaluación se suele denominar en lenguaje técnico programa, este término puede referirse también a políticas, proyectos e intervenciones que, en el caso de la presente guía de evaluación, se ubican en el ámbito de las drogodependencias y pueden concretarse, por ejemplo, en sesiones informativas o cuñas en la radio.

Los objetivos de la evaluación de programas suelen tomar básicamente las siguientes tres formas: rendimiento de cuentas (análisis de la efectividad de la aplicación), búsqueda de desarrollo (conocer qué hace que funcione el programa o no para corregirlo) e incremento de la comprensión del comportamiento (entender cómo reaccionan las personas al programa) (Chelimsky, 1997).

En la misma línea, López (1987) considera que la evaluación de programas tiene una serie de beneficios que la hacen recomendable, como, por ejemplo, que permite: aprender de lo que se está haciendo, reajustar la planificación, mejorar la toma de decisiones, perfeccionar los programas, conocer mejor las acciones que se evalúan, informar a la comunidad, incrementar en el equipo interdisciplinario la comprensión del programa y su implicación en decisiones futuras, e interrumpir el programa si procede.

2.2. Proceso de la evaluación de programas

Los programas no se evalúan únicamente una vez finalizados, sino desde el momento en el que se plantea su implantación para resolver un determinado problema. A lo largo del proceso de la evaluación se analizan aspectos de los programas como la pertinencia, la suficiencia, los progresos, la coordinación, la participación comunitaria, la eficiencia, la eficacia y los efectos (López, 1987). Asimismo, se puede plantear valorar la propia evaluación de programas, para lo cual se buscará un responsable que se encargue de esta tarea y se definirán unos criterios de evaluación, tal como se verá a continuación.

Este proceso de evaluación de programas puede desglosarse en las seis fases siguientes (Fernández-Ballesteros, 1996):

Fase 1: Planteamiento de la evaluación

En esta fase hay que responder, básicamente, las siguientes preguntas:

- ¿Quién solicita la evaluación?
- ¿Para qué se solicita?
- ¿Qué se pretende evaluar?
- ¿Qué obstáculos pueden producirse durante la evaluación?
- ¿Se puede llevar a cabo la evaluación?

Fase 2: Selección de las operaciones que observar

En esta fase es recomendable plantearse las siguientes cuestiones:

- Teniendo en cuenta la finalidad de la evaluación y los objetivos del programa, ¿qué operaciones en las unidades (creencias, actitudes, conductas, etc.) expresan mejor los cambios producidos como consecuencia del programa?
- ¿Deben tenerse en consideración otros efectos del programa, tanto positivos como negativos, que si bien no tienen una relación directa con sus objetivos son interesantes e igualmente podrían evaluarse?
- ¿Existen instrumentos para recoger indicadores de los posibles cambios del programa fácilmente accesibles o habrá que construirlos de nuevo?
- ¿Qué fuentes y formas de observación son las que ofrecen más garantías?
- ¿Qué criterios de bondad de las informaciones que se han de obtener (según la complejidad y las posibles fuentes de error) son requeridos?
- ¿Qué datos sobre el contexto de implantación se pueden recoger?

Fase 3: Selección del diseño de la evaluación

En este momento conviene plantearse qué tipo de diseño de evaluación («post», «post» con grupo de control, «pre-post», «pre-post» con grupo de control) puede ser más conveniente para el programa que se aplicará valorando los posibles costes y beneficios (véase el apartado 8.1 sobre diseños).

En el caso particular de un programa que ya se está aplicando, las principales preguntas que se formularán en esta fase son:

- ¿Existe un diseño de evaluación establecido desde el programa?
- ¿Qué diseños alternativos son posibles?

- ¿Qué amenazas a la validez interna (grado en el que los cambios observados se pueden atribuir al programa) y externa (grado en el que los datos que se obtendrán son generalizables a muestras o condiciones diferentes) pueden existir?
- ¿Qué poblaciones se seleccionarán?

Fase 4: Recogida de la información

En esta fase hay que decidirse respecto a:

- ¿Qué procedimiento se seguirá en la recogida de la información?
- ¿Qué sesgos pueden producirse en la recogida de la información?

Fase 5: Análisis de los datos

Será útil plantearse las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se almacenará y/o codificará la información recogida?
- ¿Qué tipos de análisis se podrán realizar en función de los datos?
- ¿Qué criterios deben guiar los análisis? Es decir: ¿sólo se quiere comprobar el cambio o también se pretende ver qué variables están más relacionadas con éste?

Fase 6: Elaboración del informe

En esta última fase convendrá formularse las siguientes cuestiones:

- ¿Qué debe contener el informe de evaluación?
- ¿Qué soporte físico y qué estructura debe tener el documento?
- ¿Cómo se debe informar (por ejemplo: por escrito, oralmente, qué tipo de vocabulario)?

El capítulo 9 de esta guía está precisamente dirigido a dar respuesta a estas tres preguntas.

Alonso (2004) añade, además, una fase 7, evaluación de la valoración, que incluye cuestionarse lo siguiente:

- ¿Es necesario evaluar la calidad del trabajo de valoración?
- ¿Quién debe evaluar el trabajo de valoración?
- ¿Qué criterios se deben utilizar para evaluar la valoración?
- ¿Cómo se aplican los criterios para evaluar la valoración?

2.3. Evaluación de la planificación, de la calidad y el proceso, y de los resultados

Lo que se ha revisado sobre evaluación de programas en los apartados anteriores tiene un carácter genérico. En el campo de las drogodependencias, son muy interesantes las aportaciones del European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA,

1998). Según esta institución, la evaluación no se dirige a «programas», concepto considerado ambiguo, sino a «intervenciones preventivas», entendidas como actividades llevadas a cabo con el fin de prevenir una conducta de consumo de sustancias, que pueden realizarse en varios entornos y con distintas duraciones, y basarse en diferentes métodos y contenidos. De forma práctica se propone una evaluación de las intervenciones preventivas en tres fases: planificación, calidad y proceso, y resultados (EMCDDA, 1998; Fernández y Secades, 2002; Leijts et al., 1998).

La evaluación de la planificación se refiere a la fase en la que se proyecta y diseña la intervención preventiva, y consta de los siguientes puntos:

1. Descripción de la naturaleza del fenómeno o de la conducta de consumo de sustancias que se quiere abordar.
2. Esbozo de la teoría subyacente en las opiniones respecto a la causa, la modificación y el control del fenómeno.
3. Análisis de la necesidad de la intervención preventiva.
4. Definición del grupo objetivo o grupo al que se dirige la intervención preventiva y que se puede desglosar en el grupo objetivo final (aquel con mayor riesgo de verse afectado por el fenómeno) e intermedio (mediadores como, por ejemplo, los padres y profesores).
5. Establecimiento de los objetivos con la descripción de los efectos previstos en el fenómeno, en las variables mediadoras y en el grupo objetivo intermedio.
6. Definición de métodos y estrategias, calendario y duración de la intervención preventiva.
7. Análisis de los recursos disponibles.
8. Planificación de la evaluación del proceso y de los resultados.
9. Análisis de la fase de planificación.

La evaluación de la calidad y del proceso se dirige a la valoración de la aplicación de la intervención preventiva y de las reacciones de los participantes, e implica los siguientes pasos:

1. Decidir qué variables proporcionarán información útil sobre cómo se ha llevado a cabo la intervención.
2. Seleccionar los métodos y los instrumentos.
3. Establecer dónde, cuándo y con qué frecuencia se recogerán los datos.
4. Decidir quién suministrará la información.
5. Prever el tipo de análisis de los datos.
6. Analizar las estrategias, los componentes y los métodos aplicados en la práctica en comparación con el plan original.
7. Estudiar las fuentes de datos y los instrumentos utilizados para medir la aplicación de la intervención en comparación con el plan original.
8. Revisar los recursos utilizados en la práctica en comparación con el plan original.

9. Comprobar si la intervención ha llegado al grupo objetivo, en qué medida (grado de exposición), cuánto ha durado en realidad la intervención y cuántas actividades se han llevado a cabo en comparación con el plan original.
10. Analizar la calidad subjetiva de la intervención (reacciones del grupo objetivo como aceptación, grado de identificación, participación, etc.).
11. Analizar los resultados de la evaluación del proceso.

Si bien desde el EMCDDA los puntos 2, 3 y 4 se sitúan dentro de esta segunda fase, también se podrían tener en cuenta en la fase de planificación.

La evaluación de los resultados tiene por objetivo el análisis de los efectos de la intervención e incluye los siguientes puntos:

1. Planificación de la valoración de los resultados (tipos de indicadores, planteamiento cuantitativo o cualitativo, instrumentos, fuentes, frecuencia de recogida y previsión del tipo de análisis de la información).
2. Realización de la evaluación de resultados (tipo de diseño, instrumentos, recogida y análisis de datos utilizados).
3. Descripción de la muestra o población diana (tipo de selección, variables demográficas, tamaño, posibles diferencias entre las características de la muestra y las del grupo objetivo global, abandonos y sus motivos).
4. Análisis de los resultados (cómo ha afectado la intervención: al consumo de drogas en la población diana, a los objetivos fijados respecto al grupo objetivo intermedio y a los diversos subgrupos, como hombres, mujeres y grupos de edad).
5. Elaboración de las conclusiones en relación con los resultados (si se han obtenido los resultados previstos, cuáles son los más importantes, hasta qué punto existe la seguridad de que la intervención ha generado los resultados esperados, qué explicación puede darse de los resultados negativos y propuestas de futuro, qué similitudes y diferencias hay respecto a otros estudios con objetivos y poblaciones diana parecidos, etc.).

3. Evaluación de una sesión informativa

3.1. Introducción

En el ámbito de la prevención de las drogodependencias es usual organizar sesiones informativas como las que se describen a continuación:

- Un municipio decide ofrecer una sesión informativa dirigida a madres y padres con relación a temas de prevención de las drogodependencias.
- Un instituto quiere proponer una charla dirigida a estudiantes para facilitar información sobre las drogas, los riesgos asociados a su consumo, los mecanismos que impulsan los comportamientos de las personas (desde la publicidad hasta el tipo de relación que se tiene con amigos, padres, maestros, uno mismo, etc.).
- Un municipio decide ofrecer una sesión informativa dirigida a docentes para poder facilitar información sobre temas de educación para la salud y el fomento de hábitos y estilos de vida saludables desde los centros educativos.
- Un centro recreativo quiere ofrecer una charla dirigida a chicos y chicas en la que se pasará un vídeo informativo sobre el consumo de drogas y sus consecuencias.

Así pues, la sesión informativa puede dirigirse a distintos destinatarios (alumnos de primaria, de secundaria, madres y padres, etc.) y tratar diferentes sustancias (cannabis, tabaco, drogas de síntesis, etc.). También puede suceder que se programe una única sesión informativa para unos destinatarios concretos, que se prepare una única sesión informativa que se irá repitiendo para varios grupos o que se organicen distintas charlas dirigidas a un mismo colectivo.

El objetivo de este capítulo es ofrecer una guía general para la evaluación de sesiones informativas sobre drogodependencias independientemente de la temática concreta, de los usuarios específicos y del total de sesiones. Es decir, dada la variabilidad expuesta, las preguntas que hay que tener en cuenta que se señalan en este documento deberán seleccionarse y adaptarse según cada aplicación concreta.

A continuación, se presentan una serie de preguntas que pueden ser de utilidad para evaluar una sesión informativa de prevención en drogodependencias tomando como ejemplo el caso de una charla destinada a madres y padres. Es recomendable registrar cada una de las respuestas con la finalidad de ir elaborando los documentos correspondientes a la evaluación de cada sesión informativa concreta.

Se diferencian tres fases en el proceso de la evaluación de una sesión informativa:

- **Fase de planificación de la intervención:**
Evaluación de la preparación para la realización de la sesión informativa.
- **Fase de proceso de la intervención:**
Evaluación del desarrollo de la sesión informativa.
- **Fase de resultados de la intervención:**
Evaluación de los efectos de la sesión informativa.

3.2. Evaluación de la planificación de una sesión informativa

Del total de aspectos que deben considerarse en la evaluación de la planificación deberá tenerse en cuenta que, en caso de tratarse de una única sesión informativa, deberán seleccionarse tan sólo aquellas preguntas que los organizadores consideren útiles y pertinentes al caso:

¿Se ha planificado la puesta en marcha de la sesión informativa teniendo en cuenta todos los aspectos especificados en los diferentes apartados?

Tipo de destinatario ¿A quién va dirigida la sesión informativa?	sí (1)	no (0)
Número de sesiones ¿Cuántas sesiones informativas se prevén?	sí (1)	no (0)
Horario ¿Se ha planteado cuál es el mejor horario para realizar la sesión informativa en función de los destinatarios?	sí (1)	no (0)
Idioma ¿Se ha estudiado cuál es el idioma adecuado en función de a quién vaya dirigida la charla?	sí (1)	no (0)
Periodicidad En caso de haber más de una sesión informativa, ¿cada cuánto se harán las sesiones?	sí (1)	no (0)
Ponentes ¿Qué personas llevarán a cabo la sesión? ¿Quiénes pueden ser las personas más capacitadas para llevar a cabo la sesión informativa?	sí (1)	no (0)
Coordinación ¿Habrá una persona responsable de coordinar la sesión? ¿Quién puede ser la persona más capacitada para coordinarla?	sí (1)	no (0)

Material	sí (1)	no (0)
¿Se entregará algún tipo de material? (Folletos, guía, etc.)		
¿Hay suficiente material para todos los asistentes?		
¿El material facilita el contacto para más información?		
Adecuación de la información	sí (1)	no (0)
¿Se adecuan los contenidos de la sesión informativa a sus destinatarios concretos? ¿El vocabulario es el adecuado para los destinatarios concretos?		
Espacios	sí (1)	no (0)
¿De qué espacios se dispone para aplicar el programa?		
¿Los espacios son suficientemente amplios? ¿Tienen buena acústica los espacios? ¿Disponen los espacios del material necesario: pizarra, proyector, vídeo, ordenador, sillas y mesas que puedan moverse, etc.?		
Formación de los ponentes	sí (1)	no (0)
¿Se requiere alguna formación específica adicional a las personas que realizarán la sesión?		
Financiación	sí (1)	no (0)
¿Se dispone de presupuesto para realizar la sesión?		
Apoyo político	sí (1)	no (0)
¿Se dispone de apoyo político para aplicar el programa?		
¿Se tiene la conformidad de la Secretaría de Juventud?		
¿Se tiene la conformidad del Departamento de Salud?		
¿Se tiene la conformidad del Departamento de Educación?		
¿Se tiene la conformidad de otras instituciones?		
Articulación	sí (1)	no (0)
¿Existe en el municipio alguna mesa municipal de salud o algún otro órgano consultivo en materia de salud que pueda articular la realización de la sesión?		

¿Cuáles son sus objetivos con relación a la realización de la charla?

Ejemplo en cuanto a información: que madres y padres conozcan los recursos que ofrece el municipio respecto a la prevención del consumo de sustancias.

Ejemplo en cuanto a actitud: que madres y padres modifiquen positivamente su actitud respecto al uso de los recursos que ofrece el municipio para el abandono del consumo de sustancias.

Ejemplo en cuanto a conducta: que madres y padres incrementen el número de consultas en los puntos de información sobre las drogodependencias del municipio.

Objetivo 1

Objetivo 2

Objetivo 3

Pueden añadirse tantos objetivos como sean necesarios.

¿Se ha recogido información de los destinatarios en lo relativo a las drogas en cuanto a...? En función del caso concreto, esta información puede proceder directamente de la población diana (por ejemplo, cuando se programan diferentes sesiones informativas dirigidas a los mismos destinatarios) o bien los evaluadores pueden basarse en datos de encuestas generales (por ejemplo, cuando se programa una única charla).

Información	sí (1)	no (0)
Por ejemplo: «Los hijos de madres fumadoras suelen pesar menos al nacer que los de madres no fumadoras».		
Creencias	sí (1)	no (0)
Por ejemplo: «El cannabis es bueno para la salud».		
Actitudes	sí (1)	no (0)
Por ejemplo: «Me parece bien que los jóvenes alguna vez beban alcohol para divertirse».		
Intención	sí (1)	no (0)
Por ejemplo: «Tengo intención de hablar sobre el consumo de alcohol con mis hijos en un futuro próximo».		
Conducta	sí (1)	no (0)
Por ejemplo, si el objetivo fuera incrementar la comunicación: «¿Hablo a menudo con mis hijos sobre las posibles consecuencias del consumo de tabaco?». Por ejemplo, si el objetivo fuera el cese del consumo propio de tabaco: «En el último año de consumo, ¿ha realizado algún intento para dejar de fumar de una duración mínima de 24 horas?».		

Cuando se elaboren las pruebas de información y conocimientos, creencias y actitudes que se administran antes de iniciar las sesiones informativas, es conveniente crear otras **pruebas paralelas** (con preguntas equivalentes) para ir aplicándolas a lo largo de la intervención, si es que se hace evaluación continuada, y también al finalizarla.

¿Se ha evaluado la necesidad de la sesión informativa? sí (1) no (0)

¿Se tienen datos directos respecto a los destinatarios que indiquen que hay que realizar esta sesión informativa?

¿Se ha preguntado si esta es la mejor sesión informativa que se podría realizar? sí (1) no (0)

¿En función de las necesidades detectadas?

¿En función de los recursos?

¿En función de posibles datos disponibles sobre los resultados de estas charlas o similares?

¿Se ha previsto la difusión de la sesión informativa? sí (1) no (0)

En caso afirmativo, mencione cómo (trípticos, cartas, radio, etc.).

En caso negativo, exponga los motivos.

¿Se ha previsto la evaluación del desarrollo de las sesiones? sí (1) no (0)

En caso afirmativo, mencione cómo (observación, cuestionario dirigido a los ponentes, cuestionario dirigido a los destinatarios, etc.).

En caso negativo, exponga los motivos.

¿Se ha previsto la evaluación de los resultados de la sesión informativa? sí (1) no (0)

En caso afirmativo, mencione cómo (observación, cuestionario dirigido a los ponentes, cuestionario dirigido a los destinatarios, etc.).

En caso negativo, exponga los motivos.

¿Dónde, cuándo y quién debe realizar la evaluación de la planificación de las sesiones informativas?

La evaluación de la planificación de las sesiones informativas deberían realizarla el coordinador y los ponentes implicados en la sesión o sesiones previstas. Debería llevarse a cabo antes de la realización de las sesiones informativas.

3.3. Evaluación del desarrollo de una sesión informativa

Esta fase incluye preguntas dirigidas a los coordinadores y ponentes de las sesiones informativas y preguntas dirigidas a los destinatarios de la intervención.

Del total de cuestiones que deben considerarse en la evaluación del desarrollo, habrá que tener en cuenta que, en caso de tratarse de una única sesión informativa, se han de seleccionar tan sólo aquellas preguntas que los organizadores consideren útiles y pertinentes al caso:

A) Coordinadores y ponentes

Número de sesiones informativas realizadas: _____

Número de asistentes: _____ (% sobre el total esperado: _____)

1. Organización

¿En general, los recursos propuestos para el desarrollo de las sesiones están siendo adecuados? sí (1) no (0)

En caso negativo, indique cómo podrían mejorarse:

¿Se están utilizando recursos no previstos? sí (1) no (0)

¿Cuáles y por qué?

2. Destinatarios

¿La mayor parte del grupo se siente motivado? sí (1) no (0)

En caso negativo, ¿a qué se atribuye la falta de motivación?

¿La mayor parte del grupo participa activamente? sí (1) no (0)

Indique aproximadamente qué porcentaje del grupo se muestra suficientemente activo:

¿La mayoría de los contenidos están resultando adecuados para el grupo destinatario? sí (1) no (0)
 ¿Los contenidos se adecuan a características de la población diana como la edad, el curso, el nivel, la experiencia, etc.?

En caso de falta de algún contenido, indique cuál es y el motivo:

¿En general, la metodología está resultando adecuada para el grupo destinatario? sí (1) no (0)
 (¿La metodología es acorde a la edad, el curso, el nivel, etc.?)

En caso negativo, indique cómo podría mejorarse:

¿Qué contenido ha interesado más?

3. Ponente

¿En general, se está sintiendo cómodo impartiendo las sesiones? sí (1) no (0)
 ¿Por qué?

¿En general, cree que se están logrando los objetivos previstos en cada sesión? sí (1) no (0)
 ¿En qué se basa? ¿Para qué están sirviendo las sesiones informativas?

¿Considera conveniente formación adicional para impartir adecuadamente las sesiones? sí (1) no (0)
 ¿Cuál?

¿Cuál de las áreas de trabajo le parece que está interesando más?

¿Por qué? ¿En qué se basa?

¿Qué interés cree que ha generado esta área de trabajo?

Nada
interesante

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy
interesante

¿Cómo valora nuestra participación en el programa?

Muy satisfactoria Bastante satisfactoria Poco satisfactoria Nada satisfactoria

Resultaría conveniente ofrecer un espacio final de observaciones en el que el ponente pudiera informar de otros aspectos formales o de contenido que permitieran mejorar la sesión informativa:

Algunas de las anteriores respuestas se pueden sustituir por escalas ordinales como, por ejemplo, la siguiente:

Totalmente
de acuerdo

1 2 3 4 5 6

Totalmente
en desacuerdo

B) Destinatarios

Edad:

Hombre Mujer

¿Cuáles son los dos temas que le han resultado más interesantes para reflexionar y debatir?

Escriba dos informaciones que haya recibido en las sesiones informativas:

Escriba dos habilidades de comunicación que haya aprendido en las sesiones informativas:

Escriba dos orientaciones que haya recibido en las sesiones informativas que le ayuden en la educación de sus hijos con respecto al no consumo de drogas:

Escriba dos orientaciones que haya recibido en las sesiones informativas que le ayuden al hecho de que el posible consumo de por parte de sus hijos sea más seguro y responsable:

Escriba dos orientaciones que haya recibido en las sesiones informativas que le ayuden a reducir o abandonar su propio consumo de drogas:

¿En general, el estilo del ponente le ha gustado?

Mucho Bastante Poco Nada

¿Cómo valora su participación en las sesiones informativas?

Muy satisfactoria Bastante satisfactoria Poco satisfactoria Nada satisfactoria

¿Cómo valora la utilidad de las sesiones informativas en una escala del 1 al 10?

Nada útil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy útil

¿Está interesado en seguir participando en próximas charlas sobre el ámbito de las drogodependencias?

Nada interesado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy interesado

¿Sugeriría algún tema para futuras sesiones informativas que le interese especialmente?
¿Cuál?

¿Les recomendaría a otros padres o madres que no hayan asistido a estas sesiones informativas que participaran en ellas?

No lo recomendaría en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Lo recomendaría totalmente

¿Dónde, cuándo y quién debe realizar la evaluación del desarrollo de las sesiones informativas?

La evaluación del desarrollo de las sesiones informativas es responsabilidad de los coordinadores y ponentes del municipio en el que se dé la charla o charlas. Cuando se trate de varias sesiones informativas, se recomienda realizar esta evaluación aproximadamente hacia la mitad del periodo de aplicación, con el fin de poder mejorarlas y, en consecuencia, incrementar su efectividad y su eficacia.

3.4. Evaluación de los efectos de una sesión informativa

Siguiendo con el ejemplo de la sesión informativa sobre drogodependencias dirigida a madres y padres, en función de los objetivos y tomando como guía los anexos de este documento, se podría preguntar a los progenitores por:

Información	sí (1)	no (0)
Por ejemplo: «Los hijos de madres fumadoras suelen presentar más problemas respiratorios que los de madres no fumadoras».		
Creencias	sí (1)	no (0)
Por ejemplo: «Asistir a sesiones informativas sobre drogodependencias me es útil en la educación de mis hijos».		
Actitudes	sí (1)	no (0)
Por ejemplo: «Me siento dispuesto a hablar con más frecuencia con mis hijos respecto a las posibles consecuencias del consumo de sustancias».		
Intención	sí (1)	no (0)
Por ejemplo: «Tengo más intención de hablar sobre el consumo de alcohol con mis hijos en un futuro próximo».		
Por ejemplo: «Si tengo algún problema respecto al consumo de drogas con mis hijos, iré a pedir ayuda al punto de salud del Ayuntamiento».		
Por ejemplo: «Después de las sesiones, me he planteado dejar de fumar próximamente».		
Conducta	sí (1)	no (0)
Por ejemplo: «Se ha incrementado la frecuencia en la que hablo con mis hijos sobre las consecuencias del consumo de tabaco».		

Estas preguntas se pueden adaptar a otros objetivos y sustancias que formen parte de los contenidos de las sesiones informativas.

¿Dónde, cuándo y quién debe realizar la evaluación de los efectos de las sesiones informativas?

La evaluación de los efectos de las sesiones informativas es tarea de los profesionales que las desarrollen. El tratamiento de los datos en un ámbito descriptivo, tanto cuantitativo como cualitativo, también debería estar bajo su responsabilidad (tablas con porcentajes, figuras, etc.). En cambio, análisis más complejos podrían ser encargados a expertos.

4. Evaluación de folletos informativos

4.1. Introducción

Para que se entienda mejor el proceso de evaluación de los folletos se utiliza el siguiente ejemplo:

En ocasión de las fiestas de la localidad, un ayuntamiento ha decidido repartir folletos informativos sobre el consumo responsable de alcohol y el uso de otras sustancias psicoactivas entre los jóvenes que asistan a los conciertos de rock programados. Con esta acción, se pretende incrementar los conocimientos y reducir las creencias erróneas de los jóvenes respecto a sus efectos. También se quieren difundir los diferentes servicios (asesoramiento, tratamiento, etc.) que ofrece el municipio sobre esta materia.

Aunque los gastos que supone la intervención no son elevados y aunque, por otra parte, se trata de una intervención muy sencilla, los responsables quieren evaluar sus resultados para repetirla en el futuro (si es necesario, con las oportunas modificaciones) en función de su eficiencia. De este modo, pretenden justificar un buen uso de los recursos empleados.

Por tanto, para evaluar los efectos habrá que tener presentes los dos objetivos planteados: mejora en los conocimientos de los jóvenes sobre las consecuencias del consumo de las sustancias psicoactivas tratadas en el folleto y mejora en los conocimientos de los jóvenes respecto a los servicios de atención a las drogodependencias que ofrece el municipio.

Se diferencian tres fases en el proceso de la evaluación de folletos informativos:

- Fase de planificación de la intervención:
Evaluación de la calidad del folleto.
- Fase de proceso de la intervención:
Evaluación de la difusión del folleto.
- Fase de resultados de la intervención:
Evaluación de los efectos del folleto.

4.2. Fase de planificación de la intervención: evaluación de la calidad del folleto

Diseño

¿Es fácil de leer?	sí (1)	no (0)
¿Está repleto de textos y gráficos?	sí (0)	no (1)

¿Tiene muchos espacios vacíos?	sí (0)	no (1)
¿Sirven los gráficos o ilustraciones para algún propósito?	sí (1)	no (0)

Organización

¿Se encuentra fácilmente la información?	sí (1)	no (0)
¿Se presenta la información en un orden lógico?	sí (1)	no (0)

Contenido

¿Se utiliza un lenguaje correcto y apropiado para la audiencia?	sí (1)	no (0)
¿Se resume adecuadamente la información importante?	sí (1)	no (0)
¿La información está convenientemente actualizada?	sí (1)	no (0)
¿Se incluye una dirección de contacto?	sí (1)	no (0)

Las anteriores respuestas dicotómicas pueden ser sustituidas por escalas ordinales numéricas como, por ejemplo, la siguiente:

Totalmente de acuerdo	6	5	4	3	2	1	Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	-----------------------------

¿Cuándo y quién debe realizar la evaluación de la calidad del folleto?

Cuándo: la evaluación de la calidad del folleto lógicamente debe efectuarse antes de su uso, con el fin de poder mejorarlo y, en consecuencia, incrementar su efectividad.

Quién: convendría recurrir a evaluadores expertos y, si no fuera posible, solicitar que lo valoren otros profesionales no implicados directamente en el proyecto, así como algunas personas pertenecientes a la población a la que va dirigido.

4.3. Fase de proceso de la intervención: evaluación de la difusión del folleto

Si se ha entregado en mano, ¿cuál ha sido el porcentaje de aceptación?

Si se han distribuido en mostradores, ¿cuál ha sido el porcentaje de folletos cogidos?

¿Cuántos contactos se han establecido a través de la dirección suministrada?

¿Cuándo y quién debe realizar la evaluación de la difusión del folleto?

Cuándo: diariamente conviene consignar en un registro los datos anteriormente mencionados (aceptación, recogida, contactos, etc.). Establecer un límite de tiempo razonable en función de los objetivos.

Quién: de la recogida de datos y de la elaboración de los registros para consignarlos normalmente se encargan los profesionales que desarrollan el programa.

4.4. Fase de resultados de la intervención: evaluación de los efectos del folleto

En el caso de ser un folleto informativo que se ha repartido entre una población posteriormente accesible, hay que contactar con ella al cabo de una semana para que responda a las siguientes preguntas (mediante entrevista o por escrito):

¿Le pareció que el folleto se leía de manera fácil y agradable?	sí (1)	no (0)
¿Recuerda la principal información que contenía el folleto?	sí (1)	no (0)
¿Podría decirnos cuál era?		
¿Aprendió gracias al folleto alguna cosa que considere importante?	sí (1)	no (0)
¿Podría decirnos qué?		
¿Comentó o entregó el folleto a alguna persona de su entorno?	sí (1)	no (0)
¿Podría decirnos a quién?		
¿Ha echado en falta o modificaría algún aspecto del folleto?	sí (0)	no (1)
¿Podría decirnos cuál?		

¿Cuándo y quién debe realizar la evaluación de los efectos del folleto?

Cuándo: en lo relativo a los conocimientos, hay que contactar en el transcurso de la semana con una muestra de jóvenes para que respondan a las preguntas anteriores (mediante entrevista o por escrito). En cuanto a la difusión y uso de los servicios de atención a las drogodependencias, el registro sistemático de las consultas efectuadas debe iniciarse inmediatamente y se debe mantener durante unos meses.

Quién: la evaluación de los efectos del folleto, en lo relativo a la elaboración de la entrevista semiestructurada o del cuestionario para la recogida de datos, y también a su posterior administración, es tarea de los profesionales que desarrollan el programa. Se recomienda actuar de forma parecida a la propuesta para mejorar el folleto (solicitar que lo valoren otros profesionales no implicados directamente en el proyecto y también algunas personas pertenecientes a la población a la que va dirigido).

El tratamiento de los datos en un ámbito descriptivo, tanto cuantitativo como cualitativo, también debería estar bajo su responsabilidad (tablas con porcentajes, figuras, etc.). En cambio, análisis más complejos podrían ser encargados a expertos.

5. Evaluación de talleres preventivos

5.1. Introducción

Para que se entiendan mejor los diferentes pasos de que consta la evaluación, se utilizará el siguiente ejemplo:

A raíz de la petición de los padres y de la escuela, un ayuntamiento decide realizar un taller de entrenamiento en habilidades de comunicación y negociación dirigido a los estudiantes de los primeros cursos de secundaria, enfocado a la prevención del consumo de drogas legales y cannabis.

Se diferencian tres fases en el proceso de la evaluación de talleres preventivos:

- Fase de planificación de la intervención:
Evaluación de la planificación de la intervención.
- Fase de proceso de la intervención:
Evaluación del proceso de la intervención.
- Fase de resultados de la intervención:
Evaluación de los resultados de la intervención.

5.2. Evaluación de la planificación de la intervención

Para que las acciones preventivas promovidas por los ayuntamientos sean eficaces y eficientes, hay que examinar primero cuál es la situación real de la población diana a la que debe dirigirse el programa y cuáles son, en consecuencia, sus necesidades más importantes, con el fin de acotar los ámbitos en los que se debe actuar.

Evaluación de la necesidad de la intervención. ¿Cuándo y quién debe hacerla?

Antes de poner en marcha el taller, los alumnos de los centros de secundaria responderán a una serie de cuestionarios que serán presentados y recogidos, si es posible, por los responsables de la realización del taller. Si éstos no pertenecen al centro educativo, también pueden encargarse los maestros tutores, pero es muy importante salvaguardar el **anonimato** en las respuestas y la **confidencialidad** de los datos, de manera que se garantice la bondad de la información recogida.

El formato de taller es el más adecuado cuando se pretende que los participantes adquieran alguna **habilidad**, es decir, aprendan a hacer algo. Pero igualmente suelen tener una

vertiente informativa dirigida a facilitar el cambio de **creencias y de actitudes**: si un joven no conoce todos los efectos negativos (y también los positivos) de una determinada sustancia a corto y largo plazo, probablemente no tendrá una clara actitud favorable hacia la prevención y, por tanto, estará menos interesado en aprender las habilidades que le pueden ayudar a mantener una opción preventiva en un entorno consumidor.

No obstante, conviene tener presente que si los objetivos específicos del taller son los de incrementar las habilidades de comunicación y negociación de los jóvenes participantes, ésta debe ser preferentemente la variable que se debe comprobar que ha cambiado de manera significativa.

Así pues, hay que recoger información sobre **conocimientos, creencias, actitudes, habilidades de comunicación y negociación, y consumo** utilizando diferentes instrumentos.

a) Ejemplos de enunciados que evalúan **los conocimientos y las creencias** de los jóvenes:

1. El consumo de tabaco disminuye el rendimiento deportivo.
2. El consumo de cannabis reduce la capacidad de concentración.
3. El consumo de alcohol propicia los accidentes de tráfico.
4. La mayoría de los jóvenes de mi edad fuman tabaco.
5. La contaminación del aire de las ciudades es peor que el humo del tabaco.
6. Etcétera.

Se pueden encontrar más ejemplos en los anexos 4 y 5.

Ejemplos de formatos de respuesta para contestar los ítems que evalúan **los conocimientos y las creencias** de los jóvenes:

Escala dicotómica (todos los ítems): sí () no ()

Escala ordinal (ítems 1, 2, 3, etc.): nada () un poco () bastante () mucho () totalmente ()

Escala ordinal (todos los ítems):

1. Totalmente en desacuerdo ()
2. Muy en desacuerdo ()
3. Bastante en desacuerdo ()
4. En desacuerdo ()
5. De acuerdo ()
6. Bastante de acuerdo ()
7. Muy de acuerdo ()
8. Totalmente de acuerdo ()

b) Ejemplos de enunciados que evalúan las **actitudes** de los jóvenes:

1. Me gusta fumar un cigarrillo con los amigos.
2. Tener un cigarrillo en los dedos me da seguridad.
3. Me siento más animado después de tomar una cerveza.

4. Si no tomo alcohol cuando salgo con los amigos me aburro.
5. Etcétera.

Se pueden encontrar más ejemplos en los anexos 4 y 5.

Escala ordinal:

1. Totalmente en desacuerdo ()
2. Muy en desacuerdo ()
3. Bastante en desacuerdo ()
4. En desacuerdo ()
5. De acuerdo ()
6. Bastante de acuerdo ()
7. Muy de acuerdo ()
8. Totalmente de acuerdo ()

Esta escala también permite hacer dicotómicos los datos recogidos, si bien es preferible conservar su graduación (de 1 a 8) en la aceptación.

Valor 1 = totalmente en desacuerdo o muy en desacuerdo o bastante en desacuerdo o en desacuerdo.

Valor 2 = de acuerdo o bastante de acuerdo o muy de acuerdo o totalmente de acuerdo.

Cuando se elabore la prueba de conocimientos y de creencias que se debe pasar antes de iniciar el taller, es conveniente crear otras **pruebas paralelas** (contienen preguntas equivalentes) para ir aplicándolas a lo largo de la intervención (si se hace una evaluación continuada) y al finalizarla.

c) La medida minuciosa de las **habilidades de comunicación y de negociación** es más compleja y no es probable que pueda dejarse en manos de los tutores de los centros.

De todos modos, se puede utilizar una **escala de apreciación**. Con este instrumento se recoge la percepción subjetiva que tienen los tutores de las habilidades que muestran los alumnos, ya sea en el ámbito individual o grupal.

A continuación, se presenta un ejemplo de **escala de apreciación del profesor**:

Por el conocimiento que tiene de sus alumnos, considera que las habilidades de comunicación y de negociación que muestran cuando interactúan con los compañeros de clase son:

1. Muy buenas ()
2. Buenas ()
3. Deficientes ()
4. Muy deficientes ()

Cuando son los encargados del taller los que evalúan, una de las estrategias que pueden utilizar es proponer una **situación de juego de rol —role playing—** (en la que intervendrán todos los participantes en el taller de forma consecutiva) que permita mostrar las habilidades de comunicación y de negociación de los jóvenes implicados.

Por ejemplo:

Un amigo te invita a fumar y, aunque le has dicho que no fumas, insiste en que cojas un cigarrillo.

¿Qué le dices?

¿Qué haces?

Las interacciones son **grabadas en vídeo** y posteriormente analizadas teniendo en cuenta la comunicación verbal y no verbal.

Se pueden recoger datos sobre **frecuencia, adecuación, duración**, etc., de las diferentes conductas examinadas (argumentar la negativa, pedir que se respeten las propias decisiones, contacto ocular, etc.).

Si sólo se puede hacer **observación directa**, se necesitan dos observadores independientes que rellenen una hoja de registro, en la que consten todas las conductas que se deben observar. Por ejemplo, deberán anotar cada vez que el participante da un argumento en contra del consumo de tabaco de los diferentes tipos mencionados a continuación: efectos negativos para la salud a corto plazo, efectos negativos para la salud a largo plazo, efectos negativos sobre el rendimiento deportivo, efectos negativos sobre el aspecto de uno mismo (dientes y dedos amarillos, etc.). Con el fin de incrementar la fiabilidad entre observadores, es conveniente realizar un muestreo del tiempo dedicado a la observación y al registro de los datos. Por ejemplo, se pueden hacer quince segundos de observación, seguidos de diez segundos de registro de las conductas observadas.

En el anexo 3 puede encontrarse más información sobre la observación sistemática.

d) Por último, el **consumo** se puede evaluar mediante autoinformes (cuestionarios, escalas, etc.) que aseguren el anonimato y la confidencialidad de los datos (subjetivos). Ejemplos:

1. Número de cigarrillos fumados semanalmente.
2. Número de porros fumados semanalmente.
3. Número de vasos de cerveza bebidos semanalmente.
4. Etcétera.

También se pueden recoger **productos de conducta** (datos objetivos) como son los residuos, señales, etc., que quedan en el ambiente tras realizar determinados comportamientos. En nuestro ejemplo serían:

- Cantidad de colillas que podemos observar al acabar las clases de la mañana o de la tarde en los lavabos de los centros, en determinados rincones del patio, etc.
- También las latas y botellas de cerveza o de otras bebidas alcohólicas, etc.

Resultados de la evaluación inicial

Siguiendo con el ejemplo propuesto, los datos recogidos indican que, en general, antes de empezar el taller, los jóvenes estudiantes examinados tienen:

- a) Unos **conocimientos y unas creencias** bastante adecuados (contestan bien ocho ítems sobre diez), aunque se observan algunas creencias erróneas bastante extendidas.
- b) Sus **actitudes** se muestran notablemente favorables hacia alguna de las sustancias (valores superiores a 6 en más del 60% de los casos).
- c) Las **habilidades de comunicación y negociación** son más bien bajas (según el criterio del profesor son «deficientes»).
- d) La conducta autoinformada es de **consumo** semanal de cigarrillos y alcohol (respuesta dicotómica) en la mayoría de la población (más del 55%).

Todas estas evaluaciones sirven tanto para acabar de adaptar un programa que ya existe a las necesidades detectadas en un colectivo de jóvenes determinado como para diseñar un programa nuevo.

A la hora de **elaborar el taller** definitivo, se debe procurar garantizar que permitirá lograr los objetivos planteados, por tanto, debe redactarse de forma concreta y cuantificable.

Como mínimo, hay que planificar:

- a) El número de sesiones.
- b) Los contenidos y las actividades que se harán en cada sesión.
- c) Los materiales necesarios para realizar cada sesión.
- d) Las personas encargadas de dirigir las sesiones.
- e) La información que se recogerá en cada sesión o en sesiones específicas.
- f) En qué fecha empezarán y finalizarán las sesiones.
- g) Qué duración tendrán las sesiones.

Una posible manera de realizar esta tarea es **confeccionar un calendario** en el que cada día ocupe una casilla con un tamaño suficiente para incluir también la información relativa al número de sesión, contenidos, actividades, materiales, personas, instrumentos de recogida de datos, horario, etc.

5.3. Evaluación del proceso de la intervención

En esta fase se debe comprobar que el taller se está aplicando del modo en el que se había planificado.

Tener información sobre el **grado de coincidencia** entre lo que se ha programado y lo que realmente se ha hecho permite atribuir los resultados (buenos o malos) de la intervención al taller elegido y también permite introducir modificaciones en el taller si se observa que no da los resultados esperados.

Evaluación del procedimiento de aplicación de la intervención. ¿Cuándo y quién debe hacerla?

Durante y después de la implantación del programa, tanto los encargados de dirigir el taller como los jóvenes que participen en él deben dar información sobre el desarrollo de las distintas actividades.

Los responsables de dirigir el taller (y en los casos que resulte adecuado también los usuarios) deben responder un cuestionario con las siguientes preguntas:

- ¿Se ha llevado a cabo el número de sesiones planificadas?
- ¿Se han trabajado los contenidos y las actividades programados en cada sesión?
- ¿Se han utilizado los materiales previstos en cada sesión?
- ¿Han dirigido las sesiones las personas encargadas de ello?
- ¿Se ha recogido la información tal como se había previsto hacerlo?
- ¿Las sesiones han empezado y finalizado en las fechas acordadas?
- ¿Las sesiones han tenido la duración programada?

Se pueden utilizar las siguientes escalas:

Escala dicotómica (todos los ítems): sí () no ()

Escala ordinal (todos los ítems):

1. Siempre ()
2. Casi siempre ()
3. Casi nunca ()
4. Nunca ()

Además, es conveniente que los usuarios respondan a algunas preguntas sobre su satisfacción con el programa.

A continuación, se dan algunos ejemplos:

1. En general, ¿te gusta participar en este taller?
2. ¿Le recomendarías a un amigo que no haya participado en el taller que lo hiciera si tiene la oportunidad?
3. ¿Te gusta cómo llevan el taller los monitores?
4. ¿Se están haciendo todas las sesiones previstas y se está siguiendo el horario establecido?
5. Etcétera.

Ejemplos de escalas para responder los ítems:

Escala dicotómica (todos los ítems): sí () no ()

Escala ordinal (todos los ítems):

1. Totalmente ()
2. En gran medida ()
3. Más bien poco ()
4. Nada ()

5.4. Evaluación de los resultados de la intervención

Aunque suele ser habitual que los resultados de la intervención sólo se evalúen al final, resulta muy conveniente hacer una valoración continuada. Conocer si los resultados van o no en la dirección y magnitud esperada nos permite modificar alguno de los componentes del programa para conseguir una mayor eficacia. Asimismo, siempre que sea posible conviene programar una evaluación de seguimiento.

Evaluación de los efectos de la intervención. ¿Cuándo y quién debe hacerla?

Durante (si se hace valoración continuada) y **después** de la implantación del programa, los alumnos de los centros de secundaria responderán a una serie de cuestionarios que serán presentados y recogidos por los encargados de dirigir el taller, y realizarán un *role-playing* bajo su dirección.

Se tiene que recoger información sobre las mismas variables examinadas antes de poner en marcha el taller, utilizando idénticos instrumentos, con el fin de poder comparar los datos obtenidos.

Se recogerá, por tanto, información sobre conocimientos y creencias, actitudes, habilidades de comunicación y negociación, y consumo utilizando los instrumentos ejemplificados en el apartado 5.2.

6. Evaluación de paquetes preventivos

6.1. Introducción

Las preguntas que se proponen a continuación pueden servir de guía para la evaluación de programas con nombre propio o ya existentes, como, por ejemplo, «La aventura de la vida», «Órdago», «Mis amigos, mi jardín», etc. Los paquetes preventivos constan de toda una variedad de actividades: talleres, charlas, trabajo con álbumes de cromos, etc. Para su evaluación se puede recurrir a algunos de los ejemplos específicos de la guía o bien se puede aplicar una evaluación global tal como se sugiere en este documento.

Asimismo, estos paquetes pueden ir dirigidos a diferentes destinatarios (alumnos de primaria, de secundaria, padres, etc.) y tratar distintas sustancias (tabaco, alcohol, drogas de síntesis, etc.). Por tanto, las cuestiones que hay que tener en cuenta que se señalan en este documento deberán seleccionarse y/o adaptarse según la aplicación concreta. Es recomendable el registro de cada una de las respuestas a las preguntas propuestas, con el fin de ir elaborando los documentos correspondientes a la evaluación de cada paquete concreto.

Se diferencian tres fases en el proceso de la evaluación de paquetes preventivos:

- Fase de planificación de la intervención:
Evaluación de la preparación para la aplicación del paquete.
- Fase de proceso de la intervención:
Evaluación del desarrollo del paquete.
- Fase de resultados de la intervención:
Evaluación de los efectos del paquete.

6.2. Evaluación de la planificación de un paquete preventivo

¿Se ha planificado la puesta en marcha del paquete preventivo en cuanto a...?

Cursos académicos	sí (1)	no (0)
¿En qué cursos se aplicará?		
Número de sesiones	sí (1)	no (0)
¿Cuántas sesiones ocupará?		
Periodicidad	sí (1)	no (0)
¿Cada cuánto se harán las sesiones?		

Áreas curriculares	sí (1)	no (0)
¿Desde qué asignaturas se aplicará?		
Coordinación	sí (1)	no (0)
¿Habrá un responsable de coordinación?		
¿Quién puede ser la persona más capacitada para coordinar?		
Adaptación de material	sí (1)	no (0)
¿Será necesario adaptar alguna de las actividades o contenidos del programa a los destinatarios concretos?		
Espacios	sí (1)	no (0)
¿De qué espacios se dispone?		
¿Los espacios son suficientemente amplios?		
¿Los espacios disponen del material necesario: pizarra, proyector, vídeo, ordenador, sillas y mesas que puedan moverse, etc.?		
Formación de los formadores	sí (1)	no (0)
¿Se requiere alguna formación específica adicional para las personas que aplicarán el paquete?		
Financiación	sí (1)	no (0)
¿Se dispone de presupuesto?		
Apoyo político	sí (1)	no (0)
¿Se dispone de apoyo político para aplicar el programa?		
¿Se tiene la conformidad de la Secretaría de Juventud?		
¿Se tiene la conformidad del Departamento de Salud?		
¿Se tiene la conformidad del Departamento de Educación?		
¿Se tiene la conformidad de otras instituciones?		
Articulación	sí (1)	no (0)
¿Existe en el municipio una mesa municipal de salud u otro órgano consultivo en materia de salud que pueda articular la aplicación del paquete?		
¿Se ha recogido información de los destinatarios en lo relativo a las drogas en cuanto a...?		
Información	sí (1)	no (0)
Por ejemplo: «El tabaco produce distintos tipos de cáncer».		
Creencias	sí (1)	no (0)
Por ejemplo: «El cannabis es bueno para la salud».		
Actitudes	sí (1)	no (0)
Por ejemplo: «Bebiendo alcohol me lo paso mejor».		
Intención de consumo	sí (1)	no (0)
Por ejemplo: «No tomo éxtasis ni creo que tome en un futuro cercano».		

Consumo	sí (1)	no (0)
---------	--------	--------

Por ejemplo: Número de porros fumados la semana pasada.

Se pueden encontrar más ejemplos en los anexos 4 y 5.

¿Se ha evaluado la necesidad del paquete preventivo?	sí (1)	no (0)
--	--------	--------

¿Se tienen datos directos respecto a los destinatarios que indiquen que hay que aplicar un determinado paquete preventivo?

¿Se ha preguntado si este es el mejor programa que se podría aplicar?	sí (1)	no (0)
---	--------	--------

¿En función de las necesidades detectadas? ¿En función de los recursos? ¿En función de posibles datos disponibles sobre los resultados de aplicaciones anteriores de este programa concreto?

¿Cuáles son sus objetivos con relación a la aplicación del paquete preventivo?

Ejemplo en cuanto a información: que los estudiantes incrementen su conocimiento respecto a las posibles consecuencias del consumo de tabaco. Ejemplo en cuanto a habilidades: que los jóvenes mejoren sus habilidades asertivas respecto a rechazar el ofrecimiento de pastillas. Ejemplo en cuanto a intención de conducta: que los jóvenes no consumidores de cannabis se mantengan como no consumidores.

Objetivo 1

Objetivo 2

Objetivo 3

Añada tantos objetivos como sean necesarios.

¿Se ha previsto la evaluación del desarrollo del paquete preventivo?	sí (1)	no (0)
--	--------	--------

En caso afirmativo, mencione cómo.

En caso negativo, exponga los motivos.

¿Se están utilizando recursos no previstos? sí (1) no (0)
 ¿Cuáles y por qué?

Usuarios

¿La mayor parte del grupo se siente motivado? sí (1) no (0)
 En caso negativo, ¿a qué se atribuye la falta de motivación?

¿La mayor parte del grupo participa activamente? sí (1) no (0)
 Indique aproximadamente qué porcentaje del grupo
 se muestra suficientemente activo: ___%

¿La mayoría de los contenidos están resultando adecuados sí (1) no (0)
 para el grupo destinatario?
 ¿Los objetivos se adecuan a la edad, el curso, el nivel,
 la experiencia, etc.?

En caso de que falte algún contenido, indique cuál es y el motivo.

¿En general, la metodología está resultando adecuada para sí (1) no (0)
 el grupo destinatario?
 ¿La metodología es acorde a la edad, el curso, el nivel, etc.?

En caso negativo, indique cómo se podría mejorar.

¿Qué contenido ha interesado más?

¿Qué método didáctico ha resultado más atractivo?

Formador

En general, ¿se está sintiendo cómodo dinamizando las sesiones? sí (1) no (0)
 ¿Por qué?

En general, ¿se están logrando los objetivos previstos en cada sesión? sí (1) no (0)
 ¿En qué se basa? ¿Para qué está sirviendo el paquete preventivo?

¿Considera conveniente una formación adicional para dinamizar adecuadamente las sesiones? sí (1) no (0)
 ¿Cuál?

¿Cuál de las áreas de trabajo ha tenido mejores resultados? ¿Por qué?

¿Podría evaluar los resultados de esta área de trabajo?

Nada eficaz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy eficaz

¿Cómo valora su participación en las actividades del paquete preventivo?

Muy satisfactoria Bastante satisfactoria Poco satisfactoria Nada satisfactoria

¿Cómo valora el paquete preventivo en una escala del 1 al 10 en cuanto al logro de los objetivos propuestos en la planificación?

Nada eficaz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy eficaz

Sería conveniente ofrecer un espacio final de observaciones en el que el formador pudiera informar de otros aspectos formales o de contenido que permitieran mejorar el paquete.

Algunas de las respuestas dicotómicas a las preguntas de las páginas anteriores se pueden sustituir por escalas ordinales numéricas como, por ejemplo, la siguiente:

Totalmente 1 2 3 4 5 6 Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

B) Destinatarios

Curso: _____

Edad: _____

Chico Chica

¿Cuáles son los dos temas que te han parecido más interesantes para reflexionar y debatir?

Escribe dos nuevos conocimientos que hayas adquirido en el paquete preventivo:

Escribe dos habilidades que hayas aprendido a hacer en el paquete preventivo:

Escribe dos sugerencias que hayas recibido en el paquete preventivo que te ayuden a no consumir:

Escribe dos recomendaciones que hayas recibido en el paquete preventivo que ayuden a que tu consumo de sea más seguro y responsable:

¿En general, las actividades te han parecido participativas?

Mucho Bastante Poco Nada

¿En general, el estilo del formador te gusta?

Mucho Bastante Poco Nada

¿Cómo valoras tu participación en el programa?

Muy satisfactoria Bastante satisfactoria Poco satisfactoria Nada satisfactoria

Si **antes** del paquete preventivo consumías habitualmente **alcohol**, ¿ha variado tu consumo como consecuencia del paquete?

- He dejado de beber
- Bebo menos
- Bebo igual
- Bebo más

Si **antes** del paquete preventivo consumías habitualmente **alcohol**, ¿te has planteado firmemente dejar de beber en los próximos seis meses?

- Sí
- No

Si **antes** del paquete preventivo **no** consumías habitualmente **alcohol**, ¿se ha modificado tu situación como consecuencia de la intervención?

- Sigo sin beber y no creo que beba en un futuro próximo
- Sigo sin beber pero creo que quizá en el futuro sí que beberé
- He empezado a beber

Si **antes** del paquete preventivo consumías habitualmente **porros**, ¿ha variado tu consumo como consecuencia del paquete?

- He dejado de fumar
- Fumo menos
- Fumo igual
- Fumo más

Si **antes** del paquete preventivo consumías habitualmente **porros**, ¿te has planteado firmemente dejar de fumarlos en los próximos seis meses?

- Sí
- No

Si **antes** del paquete preventivo **no** consumías habitualmente **porros**, ¿se ha modificado tu situación como consecuencia de la intervención?

- Sigo sin fumar y no creo que fume en un futuro próximo
- Sigo sin fumar pero creo que quizá en el futuro sí que fumaré
- He empezado a fumar

Estas preguntas pueden adaptarse a otras sustancias que formen parte del paquete preventivo.

¿Dónde, cuándo y quién debe realizar la evaluación de los efectos del paquete preventivo?

La evaluación de los efectos del paquete preventivo, en lo relativo a la elaboración de la entrevista semiestructurada, del cuestionario para la recogida de datos y también a su pos-

terior administración, es tarea de los profesionales que desarrollan el programa en el centro. El tratamiento de los datos en un ámbito descriptivo, tanto cuantitativo como cualitativo, también debería estar bajo su responsabilidad (tablas con porcentajes, figuras, etc.). En cambio, análisis más complejos podrían ser encargados a expertos.

7. Evaluación de campañas informativas

7.1. Introducción

Para que se entiendan mejor los diferentes pasos de los que consta la evaluación, se utilizará el siguiente ejemplo:

Un ayuntamiento decide difundir información sensibilizadora sobre el consumo de alcohol dirigida a población juvenil mediante la radio local.

Se puede enfocar a establecer diferencias entre consumo responsable y consumo abusivo. Se puede pensar también en hacer una analogía entre los efectos microbicidas del alcohol y su capacidad para destruir otras estructuras biológicas como neuronas, células hepáticas, etc.

En principio, la razón de la intervención no se basa en una demanda social ni en datos propios que informan de un posible problema en su localidad. Pero cada vez son más numerosas las publicaciones (científicas y de los medios de comunicación) que alertan sobre cambios en las pautas de consumo, especialmente en la población joven, así como del inicio más precoz en su uso.

Para que una campaña sensibilizadora sea efectiva, en primer lugar tiene que llegar a la población diana. Por tanto, hay que disponer de información sobre cuáles son los programas de radio más escuchados por sus componentes, para conseguir llegar a una gran audiencia. En segundo lugar, se ha de tener la seguridad de que también están bien valorados por la población diana, para garantizar su credibilidad.

Se diferencian tres fases en el proceso de la evaluación de campañas informativas:

- Fase de planificación de la intervención:
Evaluación de la planificación de la intervención.
- Fase de proceso de la intervención:
Evaluación del proceso de la intervención.
- Fase de resultados de la intervención:
Evaluación de los resultados de la intervención.

7.2. Evaluación de la planificación de la intervención

Como siempre, esta fase se inicia con la **detección de necesidades**. Para conocer cuáles son las carencias de información sobre los efectos del alcohol de la población juvenil

a la que se quiere llegar, se pueden recoger datos mediante una entrevista semiestructurada en la calle, o a través de cuestionarios que pueden pasarse en los centros educativos, recreativos, sanitarios, etc. También convendría conocer cuáles son las actitudes de los encuestados sobre las diferentes conductas examinadas.

Ejemplos de enunciados que evalúan los **conocimientos** de los jóvenes:

1. El consumo de alcohol disminuye el rendimiento deportivo.
2. El consumo de alcohol reduce la capacidad de reacción.
3. El consumo de alcohol propicia los accidentes de tráfico.
4. La mayoría de los jóvenes de mi edad beben alcohol.
5. Beber una copa de vino en las comidas es un consumo de alcohol razonable.
6. Etcétera.

Ejemplos de formatos de respuesta para contestar los ítems que evalúan los **conocimientos** de los jóvenes:

Escala dicotómica (todos los ítems): sí () no ()

Escala ordinal (se adapta a los ítems 1, 2, 3): nada () un poco () bastante () mucho () totalmente ()

Escala ordinal (se adapta a los ítems 4 y 5 de conocimientos y también a todos los ítems de actitudes):

1. Totalmente en desacuerdo ()
2. Muy en desacuerdo ()
3. Bastante en desacuerdo ()
4. En desacuerdo ()
5. De acuerdo ()
6. Bastante de acuerdo ()
7. Muy de acuerdo ()
8. Totalmente de acuerdo ()

Nota: Es preferible utilizar escalas que tengan un número par de ítems con el fin de evitar el efecto de tendencia central en las respuestas (de este modo la respuesta se inclina claramente hacia el acuerdo o el desacuerdo).

Ejemplos de enunciados que evalúan las **actitudes** de los jóvenes:

1. Me gusta divertirme tomando unas cervezas con los amigos.
2. Tomar una copa de una bebida alcohólica me da seguridad.
3. Me siento más animado después de tomar unos combinados con alcohol.
4. Si no tomo alcohol cuando salgo con los amigos, me aburro.
5. Etcétera.

Escala de medida: la misma que se utiliza para evaluar los ítems 4 y 5 de conocimientos (véase arriba).

Si se puede hacer un muestreo aleatorio, los datos serán representativos de la población diana, pero, en caso contrario, se puede acceder a muestras de conveniencia (incidentales). Por ejemplo, si se hacen entrevistas en la calle deberían elegirse una serie de sitios diversos: plazas muy concurridas, calles comerciales, etc., y programar distintos horarios de recogida de datos, para favorecer que se pueda llegar a la mayor parte de la población de jóvenes.

Los encargados de planificar y ejecutar la recopilación de datos serán los responsables del programa, si es necesario con la ayuda de expertos. Es **muy importante** salvaguardar el anonimato en las respuestas y la confidencialidad de los datos, de modo que se garantice la bondad de la información recogida.

Una vez que se tienen las respuestas de los encuestados, se hace el **análisis** que permitirá averiguar cuál es el nivel de conocimientos de la población (por ejemplo, sobre los efectos de los diferentes tipos de consumo de alcohol). Se podrá saber, también, qué colectivos tienen más carencias (por ejemplo: chicos de 14 a 16 años, jóvenes conductores de vehículos, más las chicas que los chicos, etc.) y de qué carencias se trata (por ejemplo: efectos del alcohol sobre la memoria a corto plazo, sobre la correcta nutrición, sobre la atención y los reflejos en la conducción, etc.).

Fruto de estos resultados, el programa preventivo muy probablemente se orientará hacia los colectivos más vulnerables y tratará de mitigar las carencias más graves. Simultáneamente, también se procurará reforzar los conocimientos correctos sobre cuestiones importantes que la mayor parte de la población muestra en sus respuestas.

Además, los datos obtenidos en esta primera fase servirán para compararlos con los que se van recogiendo a lo largo de la intervención, cuando ésta finalice y durante el seguimiento.

Paralelamente se debe realizar una evaluación de los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo la campaña informativa. De momento, ya se ha visto que en lo relativo a **recursos humanos** se necesitan entrevistadores y personas capacitadas para pasar los cuestionarios. También se precisan profesionales que sepan analizar los datos e interpretar los resultados con el fin de conocer las necesidades de la población o del grupo diana.

Después, se debe elaborar la **cuña informativa**. Los encargados de hacerlo son los promotores del programa o, si es el caso, profesionales que tengan los conocimientos y las habilidades necesarias. Es aconsejable pedir la opinión de otros profesionales ajenos al proyecto para mejorarla. También deberán escucharla y aportar sugerencias personas que formen parte de la población diana (igual que se hacía con el folleto, conviene analizar si se utiliza un lenguaje correcto y adecuado respecto a la audiencia a la que se quiere llegar, si la información que se da es buena y está debidamente actualizada, si se presenta de forma clara y ordenada, si la principal idea que se pretende transmitir no queda oculta detrás de otras informaciones, etc.).

En cuanto a los **recursos materiales**, hay que tener en cuenta lo que se debe pagar a la emisora de radio por difundir los mensajes. Hay que acordar con la emisora el precio de las cuñas informativas según la duración, la hora de emisión, la frecuencia con la que se

emitirán, etc. Es conveniente analizar qué programas tienen más audiencia o bien qué programas son los más escuchados por la población a la que se dirige nuestro mensaje. Debe preverse el modo de constatar que el mensaje ha sido escuchado y ha conseguido sensibilizar, ya sea mediante entrevistas o a través de un teléfono de contacto o de una dirección electrónica.

También deben tenerse en cuenta los gastos correspondientes a la contratación de un locutor apropiado (voz agradable y comprensible, joven o maduro, hombre o mujer, etc.) que ponga voz a los mensajes informativos que se radiarán. Se puede pensar en un joven conocido y bien valorado por la audiencia o en un grupo de iguales (que tenga la ventaja de proporcionar mayor variedad de modelos).

En resumen, dentro de los recursos materiales deben incluirse: las encuestas, la cuña informativa, las direcciones electrónicas, los teléfonos y los registros. Y dentro de recursos humanos: los diseñadores de la campaña sensibilizadora, los entrevistadores y los registradores, los locutores, los encargados de responder al teléfono o al correo y de registrar los contactos, y los analistas de los resultados.

Cuando ya se tiene elaborada la cuña, es conveniente realizar una **prueba piloto** en dos sentidos: 1) para conocer el grado de aceptación (si gusta) y 2) para comprobar si produce cambios en los conocimientos y las actitudes que han sido el objetivo de nuestra intervención. También se podrían valorar otros efectos, si se cree conveniente, de modo complementario.

Si la cuña informativa es bien recibida por la población diana que ha participado en la prueba piloto y produce los efectos esperados, ya se puede seguir adelante.

7.3. Evaluación del proceso de la intervención

En esta fase se debe comprobar que la cuña se está emitiendo del modo en el que se había planificado. Disponer de información sobre el grado de coincidencia entre lo que se ha programado y lo que realmente se ha efectuado permite atribuir los resultados de la intervención (tanto si son buenos como malos) al programa elegido. También permite introducir modificaciones en el programa si se observa que no da los resultados esperados.

Es decir, **hay que constatar que la cuña informativa se emite de forma correcta y completa todos los días previstos, después o dentro del programa de radio acordado.** Para disponer de esta información se puede llevar un calendario-registro en el que se anote diariamente esta información y cualquier incidencia de interés (interrupciones en la difusión, retraso en la emisión, etc.).

Los encargados de hacerlo son los responsables del programa de sensibilización. Una posible manera de recoger la información sería mediante la utilización de un registro diario de las variables mencionadas.

Además, es conveniente que los usuarios respondan a algunas preguntas sobre su satisfacción con el programa. A continuación, proponemos algunos ejemplos:

1. ¿Les ha gustado la manera de presentar la información?
2. ¿Les parece adecuado aprovechar el programa de radio que suelen oír para recibir información sobre temas que les pueden interesar?
3. ¿Sugerirían alguna modificación o ampliación del mensaje?

Asimismo, se puede abrir una línea telefónica o difundir una dirección electrónica para hacer consultas sobre la temática tratada, o para dar opiniones, etc. Para promover los contactos se puede ofrecer algún premio, aunque esta estrategia tiene el inconveniente de proporcionar datos sesgados (las respuestas de la gente que tiene tendencia a llamar buscando un beneficio probablemente no serán representativas de la población diana).

7.4. Evaluación de los resultados de la intervención

Si bien suele ser habitual que los resultados de la intervención sólo se evalúen al final, resulta muy conveniente realizar una valoración continuada de ellos. Conocer si los resultados van o no en la dirección y tienen la magnitud esperada permite modificar algunos de los componentes del programa para lograr una mayor eficacia. Asimismo, siempre que sea posible conviene programar una evaluación de **seguimiento**.

Los efectos de la campaña sensibilizadora deben ser evaluados por los responsables **durante** (si se hace valoración continuada) y **después** de la implantación del programa, mediante entrevistas más o menos estructuradas y cuestionarios, y en los mismos sitios en los que se recogieron los datos antes de que empezaran a radiarse las cuñas informativas sobre el consumo responsable de bebidas alcohólicas.

Debe obtenerse información sobre las variables examinadas antes de poner en marcha el programa, utilizando los mismos instrumentos, o versiones equivalentes, con el fin de poder comparar los datos obtenidos.

Se recogerá, por tanto, información sobre conocimientos y actitudes, utilizando los instrumentos ejemplificados en el apartado 7.2.

8. Análisis de los resultados de la evaluación

8.1. Diseños de evaluación

Se utiliza como base un ejemplo a partir del cual se irá introduciendo la tipología de diseños de evaluación.

Cuatro municipios inician una intervención para que los adolescentes conozcan los efectos que tiene sobre la salud física y psíquica el consumo regular de cannabis. Cuando deciden evaluar la intervención, los cuatro municipios se plantean objetivos diferentes:

Los responsables del **municipio 1** se plantean como objetivo lograr que, cuando finalice la intervención, los adolescentes tengan un determinado nivel de conocimientos, sin que importe demasiado cómo los han alcanzado. Incluso podría ser que muchos de los adolescentes ya los tuvieran antes de iniciar la intervención. Otros pueden haber obtenido los conocimientos por fuentes diferentes a la intervención. Pero lo importante es que después de finalizar la intervención la mayoría de ellos se encuentre en el nivel prefijado. Para saber si han conseguido este objetivo simplemente hay que evaluar el nivel de conocimientos de los efectos del consumo regular de cannabis sobre la salud física y psíquica cuando finaliza la intervención.

En el **municipio 2**, quieren ir más allá y no se conforman con saber que los adolescentes que han recibido la intervención tienen un determinado nivel de conocimientos, también quieren saber si su nivel de conocimientos es mejor que el de otros adolescentes con características parecidas que no han recibido la intervención. Por tanto, no se limitarán a evaluar a los participantes que han recibido la intervención, sino que también evaluarán a un grupo de adolescentes que no la ha recibido. En la medida en la que estos dos grupos inicialmente sean comparables, las diferencias observadas en el nivel de conocimientos se podrán atribuir al efecto de la intervención.

Para los evaluadores del **municipio 3**, no es tan importante tener un grupo de comparación como saber el cambio producido tras la intervención en el nivel de conocimientos de los adolescentes respecto a los que tenían antes de iniciarla. Con esta finalidad, evalúan los conocimientos de los participantes en al menos dos momentos distintos: antes y después de la intervención. De este modo, podrán saber si los adolescentes han modificado su nivel de conocimientos a lo largo del tiempo que ha durado la intervención.

En el caso del **municipio 4**, sus responsables, que no quieren dejar nada fuera de control, se plantean los objetivos del municipio 2 y también los del municipio 3, es decir, por un lado quieren conocer el cambio producido en el nivel de conocimientos de los adoles-

centes que han recibido la intervención, pero al mismo tiempo quieren saber si este cambio es mayor que el que se haya podido producir en el mismo periodo de tiempo en otro grupo de adolescentes con características similares, pero que no ha recibido la intervención. En este caso, seleccionan un grupo de adolescentes con características parecidas a las del grupo que recibe la intervención y evalúan en ambos grupos el nivel de conocimientos sobre los efectos del consumo regular de cannabis sobre la salud física y psíquica en al menos dos momentos diferentes: antes y después de la intervención.

¿Qué diseño de evaluación han llevado a cabo los responsables de cada uno de estos municipios?

Los responsables del **municipio 1** han realizado una **evaluación sólo «post»**, que consiste en evaluar los resultados únicamente después de la aplicación de la intervención. Si bien es la manera más simple de evaluar, tiene el inconveniente de que no permite conocer los cambios que se hayan podido producir como efecto de la intervención, al no poder compararlos con una medida previa a la aplicación de ésta (medida de línea de base). Tampoco existe un grupo de referencia que no haya recibido la intervención para hacer comparaciones.

Estos diseños de evaluación se utilizan fundamentalmente cuando se quiere saber si los participantes han llegado a un nivel específico en sus conocimientos, percepciones, etc., sin que importe mucho la magnitud del cambio experimentado.

Según el ejemplo, con la evaluación sólo «post» se puede saber en qué medida los adolescentes conocen los efectos del consumo regular de cannabis sobre la salud física y psíquica, pero no si estos conocimientos los han alcanzado a raíz de la intervención o durante el tiempo de su aplicación.

En algunos casos se pueden utilizar criterios de referencia para comparar, por ejemplo, el nivel de conocimientos observado en estudios previos o en otras poblaciones similares.

En lo relativo al **municipio 2**, sus responsables han realizado una **evaluación sólo «post» con grupo de control**. El grupo de control es un grupo similar al que se evalúa pero que no ha recibido la intervención. El auténtico grupo de control es aquel que se ha formado expresamente antes de la intervención de manera aleatoria con integrantes de la población diana, por tanto, está formado por personas con características muy similares a las del grupo que ha recibido la intervención y que por azar se ha decidido que no la reciban. Por ejemplo, sería el caso de una clase que se divide aleatoriamente en dos grupos; mientras que a uno se le aplica la intervención, el otro hace de grupo de control.

Estos diseños tampoco permiten evaluar el cambio producido a raíz de la intervención del programa, pero dan un punto de referencia comparativo: si inicialmente se partía de dos grupos comparables, las diferencias halladas se pueden atribuir al efecto del programa.

En algunos casos se utilizan como grupos de «cuasi control», grupos no aleatorios parecidos a aquellos que han recibido la intervención. Un ejemplo de grupo de «cuasi control» podrían ser los estudiantes de un instituto en el que no se ha aplicado la intervención. Si bien estos grupos ofrecen un punto de referencia comparativo, las diferencias con el grupo de intervención no son atribuibles necesariamente al efecto del programa.

Los evaluadores del municipio 3 han hecho una evaluación «pre-post». Como su nombre indica, en la evaluación «pre-post» se toman medidas antes y después de la aplicación de la intervención.

Es la manera más adecuada para evaluar los cambios producidos entre los dos momentos evaluados. Si bien estas mediciones se pueden repetir en otros momentos temporales, con frecuencia sólo se realiza la evaluación antes de iniciar el programa y tras finalizarlo.

Una limitación de esta evaluación es que no se puede tener la absoluta certeza de que los cambios observados hayan sido efecto directo o indirecto de la intervención: puede haber otras causas concomitantes que sean las responsables en todo o en parte de las modificaciones observadas; por ejemplo, otra intervención u otros acontecimientos ajenos a la intervención que las hayan podido provocar.

Una variante de este tipo de evaluación sería la comparación en dos momentos diferentes de dos muestras distintas del grupo diana. En estos casos no se habla de diseño «pre-post», sino de diseño de tendencias, muy útil cuando la intervención se realiza en una población muy amplia y resulta difícil evaluar a todos los participantes. En estos casos es aconsejable que las muestras evaluadas sean representativas mediante la utilización de una técnica de muestreo probabilístico.

Por último, los responsables del municipio 4 habrían llevado a cabo una evaluación «pre-post» con grupo de control. Este diseño permite conocer los cambios producidos entre los diferentes momentos evaluados en el grupo que ha recibido la intervención y en otro grupo similar que no la ha recibido. La comparación de los cambios de los dos grupos proporciona una medida consistente del efecto del programa.

Se observa que según el diseño seleccionado se puede evaluar únicamente el nivel de conocimientos de los efectos del consumo regular de cannabis sobre la salud física y psíquica en relación con un criterio prefijado, un grupo que no ha recibido intervención y el nivel anterior a la intervención.

En la tabla 8.1 se presenta un resumen de estos diseños con la especificación de los aspectos que evalúan.

Tabla 8.1. Principales diseños utilizados en la evaluación de intervenciones

<i>Diseño</i>	<i>Evaluación del cambio</i>	<i>Evaluación del efecto del programa</i>
Sólo «post»	No	No
Sólo «post» con grupo de control	No	Sí
«Pre-post»	Sí	No
«Pre-post» con grupo de control	Sí	Sí

8.2. Evaluación cuantitativa y evaluación cualitativa

Una vez seleccionado el diseño de la evaluación, hay que decidir qué **metodología** se utilizará para recoger la información, la **cuantitativa** o la **cualitativa**.

De manera general, se empleará la metodología **cuantitativa** (MCN) si se quieren recoger y analizar medidas sobre variables, y la metodología **cualitativa** (MCL) si se quiere tener la información en forma de registros narrativos. Para recoger la información, en la evaluación cuantitativa se utilizan principalmente cuestionarios, entrevistas estructuradas u observación sistematizada (véase el anexo 3).

Los evaluadores cualitativos, en cambio, la mayor parte de las veces, recogen la información a partir de entrevistas poco estructuradas, observando de manera participativa o en pequeños grupos de discusión (grupos focales).

Entre las ventajas de la MCN figuran el poder acceder a colectivos más amplios a la hora de llevar a cabo la evaluación. También el procedimiento de recogida de información es más estructurado y homogéneo, y los resultados son más fácilmente generalizables a otros colectivos parecidos. La MCN utiliza las técnicas estadísticas para describir los resultados y para contrastar hipótesis y evaluar la magnitud de los efectos observados.

Una de las ventajas destacables de la MCL es que permite analizar casos particulares más detalladamente, lo que provoca que puedan salir a la luz cuestiones no previstas por los evaluadores. La información sobre la intervención se suele presentar en forma de texto.

La combinación de ambas metodologías en la evaluación de las intervenciones es la estrategia más adecuada si se quiere disfrutar de todas estas ventajas, pero tiene el inconveniente de que hace más dificultoso el proceso.

8.3. Análisis de los resultados de la evaluación cuantitativa

Para analizar los resultados de un estudio cuantitativo se parte de tres preguntas que podrían formar parte de un cuestionario de evaluación sobre los efectos del cannabis en la salud física y psíquica. Las preguntas son las siguientes:

Pregunta 1: ¿Crees que el consumo de cannabis afecta a la salud física? Sí/No.

Pregunta 2: ¿Hasta qué punto estás de acuerdo con la siguiente afirmación?: «El cannabis puede ser el desencadenante de un brote esquizofrénico en personas propensas».

Totalmente en desacuerdo 0 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente de acuerdo

Pregunta 3: ¿Cuántos porros has consumido en la última semana? _____

La respuesta a la pregunta número 1 está medida en una **escala nominal**: sus valores están expresados en categorías que no establecen ningún orden. La descripción de una variable medida en este tipo de escala se hace a partir de la **frecuencia** de ocurrencia, es decir, la cantidad de personas de la muestra que señalan cada una de las categorías. En este caso debería indicarse cuántas personas han respondido «Sí» y cuántas «No». Para que

esta medida sea comparable con los resultados de otros estudios o de otros grupos, se suele utilizar la frecuencia relativa de ocurrencia (proporción o porcentaje).

La pregunta número 2 está medida en una **escala ordinal**.² Mediante las escalas ordinales se puede ordenar a los participantes según la intensidad de su respuesta. En este ejemplo se ordenarían según el grado de acuerdo con el enunciado propuesto. Además de la frecuencia de ocurrencia, cuando se mide con este tipo de escala se pueden resumir las observaciones mediante índices de posición central y de dispersión.

Por último, la pregunta número 3 se mide en una **escala numérica**. Las escalas numéricas cuantifican una respuesta. En la pregunta del ejemplo, la respuesta de los jóvenes permitirá saber la cantidad de porros que ha consumido cada uno de ellos en la última semana. En este caso, la variable puede tomar valores desde 0 hasta el máximo número de porros que alguien sea capaz de consumir en una semana. La información recogida en una escala numérica se suele resumir calculando medidas de posición central y de dispersión, si bien también es frecuente la agrupación de los valores en categorías.

A continuación, a partir de las tres preguntas del ejemplo, se irá indicando, de acuerdo con el diseño utilizado en la evaluación, el modo de hacer el análisis descriptivo de los resultados y las pruebas estadísticas correspondientes.

8.3.1. Evaluación sólo «post»

Hay que recordar que en una evaluación sólo «post» se recoge la información en un único momento temporal, generalmente tras finalizar la intervención. Su objetivo es tener una medida posterior a su aplicación.

Supongamos que diez jóvenes responden de la manera indicada en la tabla 8.2 a las tres preguntas del ejemplo.

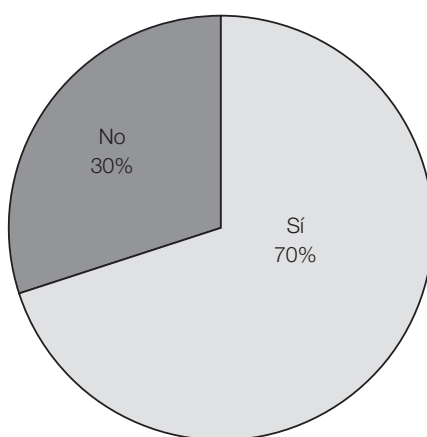
Tabla 8.2. Evaluación sólo «post»: Respuestas de diez jóvenes a las preguntas del ejemplo

Caso	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3
1	No	0	8
2	No	1	4
3	No	2	0
4	Sí	4	0
5	Sí	5	7
6	Sí	5	2
7	Sí	5	1
8	Sí	6	0
9	Sí	7	0
10	Sí	7	3

2. Las escalas tipo *likert* serían un ejemplo de escala ordinal.

Los resultados del análisis descriptivo de las respuestas a la pregunta 1 medida en una escala nominal se muestran en la figura 8.1. Se trata de un diagrama circular (también conocido como diagrama de tarta o gráfico de sectores) en el que se presentan los porcentajes de respuesta a cada una de las categorías de la pregunta. Se observa que siete de cada diez jóvenes cree que el consumo de cannabis afecta a la salud física, mientras que los otros tres creen que no le afecta.

Figura 8.1. Distribución de los participantes según la respuesta a la pregunta 1: «¿Crees que el consumo de cannabis afecta a la salud física?»

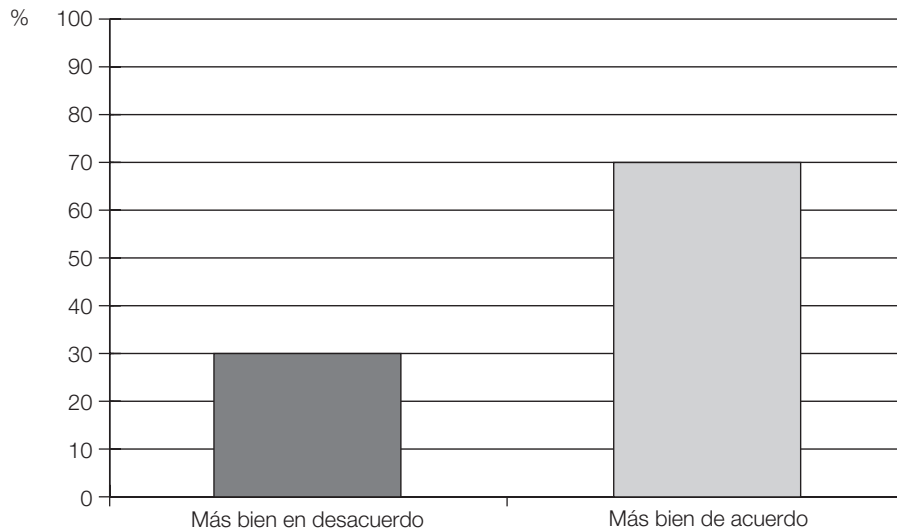


Supongamos que en una población de jóvenes de referencia sólo el 30% cree que el consumo de cannabis afecta a la salud física. Mediante una prueba estadística se puede contrastar la hipótesis de que en la muestra estudiada esta creencia es más frecuente. La prueba se basa en comparar el porcentaje de participantes que dan respuesta positiva (o negativa) con el porcentaje de respuestas positivas (o negativas) en la población de referencia: 70% frente a 30%. El resultado del contraste de hipótesis indica que la diferencia observada es estadísticamente significativa ($\chi^2_{(1)} = 5,4$; $p = 0,02$),³ por tanto, que más jóvenes que han recibido la intervención creen que el consumo de cannabis afecta a la salud física.

Un modo muy frecuente de presentar los resultados que se evalúan en escalas ordinales es haciendo categorías de respuestas. La presentación de las respuestas categorizadas a menudo facilita su interpretación. Otra manera de presentar gráficamente las respuestas categorizadas es mediante un diagrama de barras. En la figura 8.2 se presenta este gráfico con la distribución de los diez jóvenes de la muestra según su respuesta a la pregunta 2. Se han utilizado dos categorías para agrupar las respuestas de los jóvenes: los valores iguales o inferiores a 3 se han categorizado como «más bien en desacuerdo», y los valores iguales o superiores a 4 como «más bien de acuerdo». Se observa que mayoritariamente los jóvenes de la muestra están más bien de acuerdo en que el cannabis pue-

3. En el anexo 6 se indica cómo hacer todos los contrastes de hipótesis que se utilizan en este capítulo, mediante el paquete estadístico SPSS.

Figura 8.2. Distribución de los participantes según el grado de acuerdo con el enunciado de la pregunta 2: «El cannabis puede ser el desencadenante de un brote esquizofrénico en personas propensas» (%)



de ser el desencadenante de un brote esquizofrénico en personas propensas: siete de cada diez jóvenes se encuentran en esta situación.

Pero también se pueden analizar los resultados de la pregunta 2 sin hacer agrupaciones por categorías. En este caso, se suelen resumir las observaciones mediante índices descriptivos. En la tabla 8.3 se presentan tres medidas o índices de posición central (la mediana, la moda y la media) y tres índices de dispersión (el rango o amplitud, la desviación típica y el coeficiente de variación) correspondientes al análisis de los resultados de la pregunta 2.⁴

Tabla 8.3. Índices descriptivos correspondientes a los resultados de la pregunta 2: «Grado de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede ser el desencadenante de un brote esquizofrénico en personas propensas»

Índices de posición central	
Mediana (Me)	5
Moda (Mo)	5
Media (\bar{X})	4,2
Índices de dispersión	
Rango	7 (0-7)
Desviación típica (\hat{S}_x)	2,4
Coeficiente de variación (CV)	0,57

4. En el anexo 6 se indica cómo calcular estos índices.

Los índices de posición central resumen los valores de una variable. Estos índices dan una medida central hacia la que tienden a agruparse los valores. La mediana es el valor central una vez ordenadas las observaciones. En el ejemplo, la mediana tiene valor 5 (los dos valores centrales de la distribución corresponden al 5, véase la tabla 8.2). Este es también el valor más frecuente (moda = 5). La media tiene un valor ligeramente más pequeño (media = 4,2).

Los índices de dispersión indican hasta qué punto los valores están muy concentrados o muy alejados del centro de la distribución. Las medidas de dispersión deben acompañar a los índices de posición central para garantizar que estos últimos son un buen resumen de los resultados.

En este ejemplo, el rango de la variable (valores mínimo y máximo) oscila entre 0 y 7, es decir, se dan el mínimo y el máximo de los valores posibles (hay que recordar que la variable se mide en una escala de 0 a 7). La desviación típica tiene un valor sensiblemente inferior a la media, lo que indica que el nivel de variabilidad de las respuestas es aceptable, tal como se aprecia en el coeficiente de variación. Hay que recordar que el coeficiente de variación es el cociente entre la desviación típica y la media, y también es el índice más adecuado para conocer la dispersión de una distribución, al no estar afectado por unidades de medida. Un coeficiente de variación cercano o superior a 1 (o a 100 si se presenta como porcentaje) indica que la desviación típica tiene un valor elevado en comparación con la media y, por tanto, que existe una gran dispersión en la distribución.

Supongamos que el grado de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede ser el desencadenante de un brote esquizofrénico en personas propensas, en una población de referencia es, como media, igual a 0,9. A través de una prueba estadística de comparación de medias se puede contrastar la hipótesis de que la muestra estudiada está más de acuerdo con esta creencia que la población de referencia. Se trata de comparar la media de los participantes (4,2) con la media de la población de referencia (0,9). Los resultados de la prueba estadística indican que las diferencias son estadísticamente significativas: los participantes de la muestra tienden a estar más de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede desencadenar un brote esquizofrénico que los jóvenes de la población de referencia ($t = 4,3$; $p = 0,002$).

Los resultados de la pregunta 3, si bien se han medido en una escala numérica, también se pueden presentar agrupados en categorías para facilitar su interpretación. En la figura 8.3 se presenta la distribución de los participantes, según la respuesta a esta pregunta, después de ser agrupados en tres categorías: no han consumido ningún porro durante la semana anterior, han consumido entre 1 y 3 porros o han consumido más de 3 porros.

Para analizar los resultados de la pregunta 3 sin agruparlos en categorías, se pueden emplear los índices descriptivos utilizados en la pregunta 2. En la tabla 8.4 se presentan estos índices ya calculados.

En el centro de la distribución se encuentran los valores 1 y 2 ($Me = 1,5$), el valor más frecuente es el 0 (adolescentes que no han consumido ningún porro en la semana anterior; $Mo = 0$) y, por término medio, los diez adolescentes han fumado 2,5 porros durante este periodo ($\bar{X} = 2,5$). La variable adquiere valores entre 0 y 8 (rango 8): 8 es la cantidad máxima de porros que los participantes han consumido en la semana anterior. La desviación típica supera el valor de la media ($\hat{S}_x = 3$), por tanto, el coeficiente de variación tiene un valor superior a 1, lo que indica la existencia de una gran dispersión en las observaciones ($CV = 1,2$).

Figura 8.3. Distribución de los participantes según el consumo de porros en la última semana (pregunta 3)

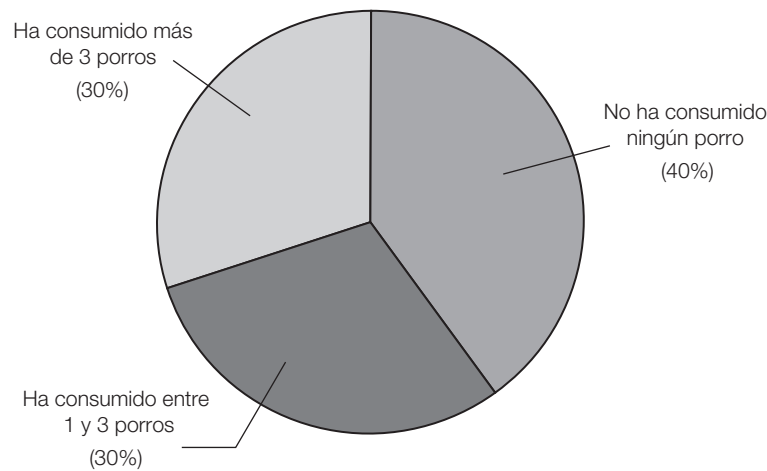


Tabla 8.4. Índices descriptivos correspondientes a los resultados de la pregunta 3: «¿Cuántos porros has consumido en la última semana?»

Índices de posición central	
Mediana (Me)	1,5
Moda (Mo)	0
Media (\bar{X})	2,5
Índices de dispersión	
Rango	8 (0-8)
Desviación típica (\hat{S}_x)	3
Coefficiente de variación (CV)	1,2

Esta elevada dispersión de los valores se puede observar en los resultados (véase la tabla 8.7), ya que la mayor parte de los participantes ha consumido entre 0 y 2 porros (consumo bajo o nulo) y tres de ellos informan de un consumo más elevado (entre 5 y 8); es decir, los valores de la variable tienden a concentrarse en los rangos más altos y más bajos.

Supongamos que en una población de referencia la media de consumo de porros semanales entre los jóvenes es de 3. También en este caso se puede contrastar la hipótesis de que los participantes de la muestra no difieren significativamente de la población de referencia comparando las medias de consumo semanal de porros (2,5 frente a 3). En este caso, la diferencia observada no es estadísticamente significativa ($t = -0,5$; $p = 0,6$), por tanto, se puede concluir que el consumo de porros de la muestra estudiada es parecido en magnitud al de la población hipotética de referencia.

8.3.2. Evaluación sólo «post» con grupo de control

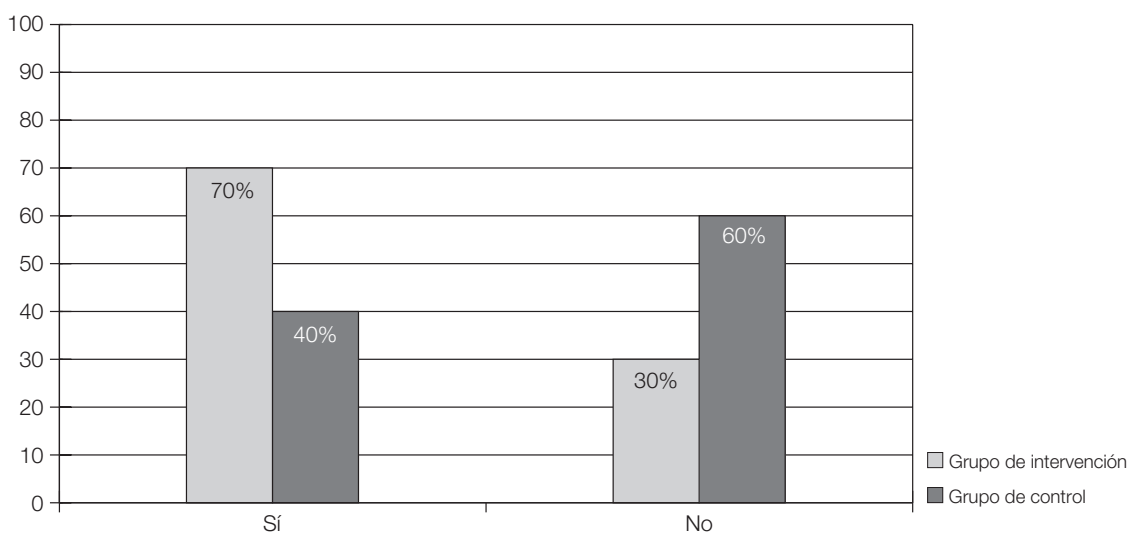
En la evaluación sólo «post» con grupo de control se recoge información de dos grupos de participantes: uno que recibe la intervención y otro que no la recibe (control). Su objetivo es comparar los dos grupos respecto al nivel de conocimientos, actitudes, etc.

Supongamos que ahora son veinte los jóvenes que responden a las tres preguntas del ejemplo: los mismos diez que se recogían en la tabla 8.2 que habían recibido la intervención y diez más que no la han recibido (grupo de control). En la tabla 8.5 se presentan las respuestas de estos veinte jóvenes.

Tabla 8.5. Diseño sólo «post» con grupo de control: respuestas de veinte jóvenes a las preguntas del ejemplo según el grupo

<i>Grupo de intervención</i>				<i>Grupo de control</i>			
<i>Caso</i>	<i>Pregunta 1</i>	<i>Pregunta 2</i>	<i>Pregunta 3</i>	<i>Caso</i>	<i>Pregunta 1</i>	<i>Pregunta 2</i>	<i>Pregunta 3</i>
1	No	0	8	11	No	0	7
2	No	1	4	12	No	0	5
3	No	2	0	13	No	0	2
4	Sí	4	0	14	No	0	6
5	Sí	5	7	15	No	1	0
6	Sí	5	2	16	No	1	0
7	Sí	5	1	17	Sí	1	0
8	Sí	6	0	18	Sí	2	0
9	Sí	7	0	19	Sí	2	2
10	Sí	7	3	20	Sí	4	1

Figura 8.4. Distribución de los participantes según la respuesta a la pregunta 1: «¿Crees que el consumo de cannabis afecta a la salud física?», y el grupo

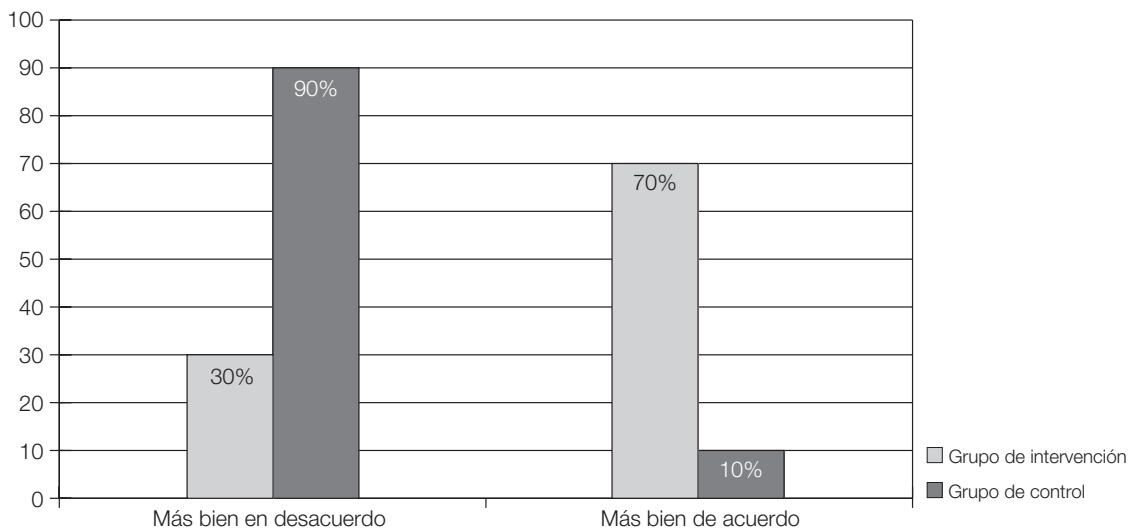


Puesto que el objetivo en este tipo de evaluación es comparar los resultados de los jóvenes que han recibido la intervención y los que no la han recibido, se deben realizar análisis comparativos en función del grupo.

En la figura 8.4 se presenta un gráfico comparativo de los dos grupos respecto a la respuesta a la pregunta 1. Se observa que en el grupo de intervención un 70% de los encuestados cree que el consumo de cannabis afecta a la salud física, mientras que en el grupo de control sólo un 40% lo piensa. La prueba de ji cuadrado con corrección de continuidad⁵ nos indica que las diferencias observadas no son estadísticamente significativas ($\chi^2_{(1)} = 0,81$; $p = 0,37$).⁶

Los resultados correspondientes a la pregunta 2 según el grupo se presentan en la figura 8.5 y en la tabla 8.6. Se aprecia que en el grupo de intervención la mayoría de los jóvenes (siete de cada diez) está más bien de acuerdo con el enunciado de la pregunta, en cambio en el grupo de control sólo uno de cada diez se encuentra en esta situación (véase la figura 8.5).

Figura 8.5. Distribución de los participantes según el grado de acuerdo con el enunciado de la pregunta 2: «El cannabis puede ser el desencadenante de un brote esquizofrénico en personas propensas», y el grupo



En la tabla 8.6 se presentan los índices descriptivos correspondientes a la pregunta 2 en el grupo de intervención y en el grupo de control. Si se comparan los índices de posición central de los dos grupos, se observa que en todos los casos en el primer grupo son superiores a los del último. Eso indica que los jóvenes del grupo de intervención han

5. Se utiliza la corrección de continuidad por incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba ji cuadrado.

6. La falta de significación de la prueba estadística en este caso se debe posiblemente a la reducida muestra utilizada en el ejemplo. Diferencias de esta magnitud en una muestra más amplia probablemente tendrían significación estadística.

dado respuestas de rango más elevado que los del grupo de control o, en otras palabras, que aquellos que han recibido la intervención tienden a estar más de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede ser el desencadenante de un brote esquizofrénico en personas propensas si se los compara con otros jóvenes que no han recibido la intervención.

Tabla 8.6. Índices descriptivos correspondientes a los resultados de la pregunta 2: «Grado de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede ser el desencadenante de un brote esquizofrénico en personas propensas», según el grupo

<i>Índices de posición central</i>	<i>Grupo de intervención</i>	<i>Grupo de control</i>
Mediana (Me)	5	1
Moda (Mo)	5	0
Media (\bar{X})	4,2	1,1
<i>Índices de dispersión</i>	<i>Grupo de intervención</i>	<i>Grupo de control</i>
Rango	7 (0-7)	4 (0-4)
Desviación típica (\hat{S}_x)	2,4	1,3
Coefficiente de variación (CV)	0,57	1,18

En lo relativo a los índices de dispersión, se observa que en el grupo de control ninguna persona da puntuaciones superiores a 4 y aparentemente la dispersión de la distribución es menor que en el grupo de intervención, impresión que parece confirmarse cuando se comparan los valores de las desviaciones típicas, pero que no corroboran los coeficientes de variación.

La prueba estadística de comparación de las dos medias indica que las diferencias observadas entre los grupos son estadísticamente significativas ($t = 3,6$; $p = 0,002$): los participantes del grupo de intervención están más de acuerdo que los del grupo de control con la creencia de que el cannabis puede ser el desencadenante de un brote esquizofrénico en personas propensas.

En la figura 8.6 se presenta la distribución de los jóvenes según el consumo de porros en la última semana agrupado en tres categorías. Se aprecia que las distribuciones por categorías son idénticas en los dos grupos.

Si se analizan los resultados sin categorizar (véase la tabla 8.7), este parecido entre los dos grupos es corroborado por los índices de posición y de dispersión, que apenas difieren en función del grupo. La prueba de comparación de las dos medias indica que no existen diferencias estadísticamente significativas en el consumo de porros de los dos grupos ($t = 0,2$; $p = 0,9$).

Figura 8.6. Distribución de los participantes según el consumo de porros en la última semana y el grupo

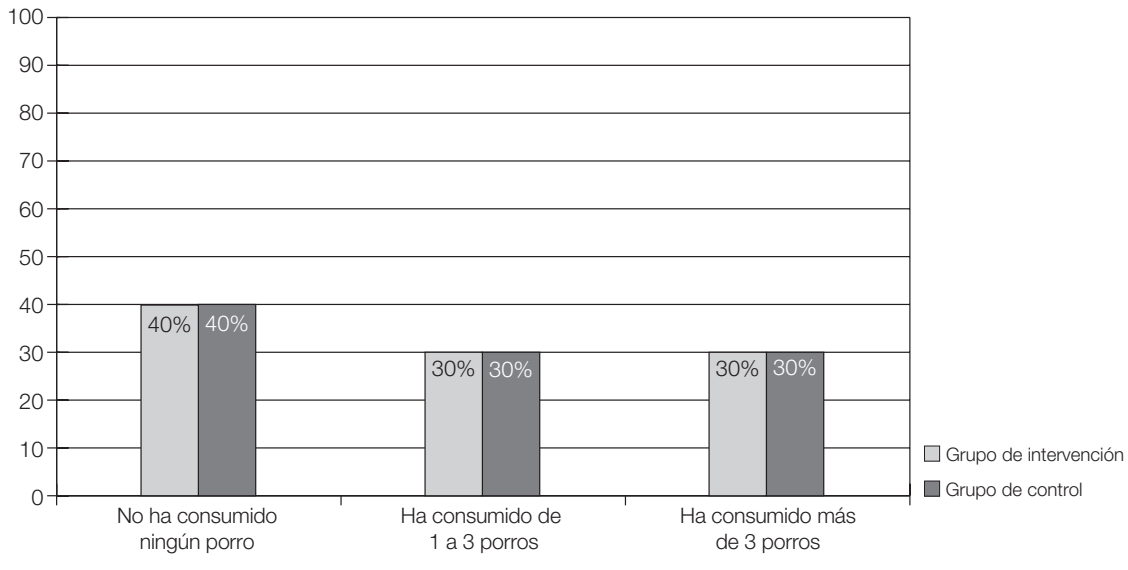


Tabla 8.7. Índices descriptivos correspondientes a los resultados de la pregunta 3: «¿Cuántos porros has consumido en la última semana?», según el grupo

Índices de posición central	Grupo de intervención	Grupo de control
Mediana (Me)	1,5	1,5
Moda (Mo)	0	0
Media (\bar{X})	2,5	2,3
Índices de dispersión	Grupo de intervención	Grupo de control
Rango	8 (0-8)	7 (0-7)
Desviación típica (\hat{S}_x)	3	2,7
Coefficiente de variación (CV)	1,2	1,17

8.3.3. Evaluación «pre-post»

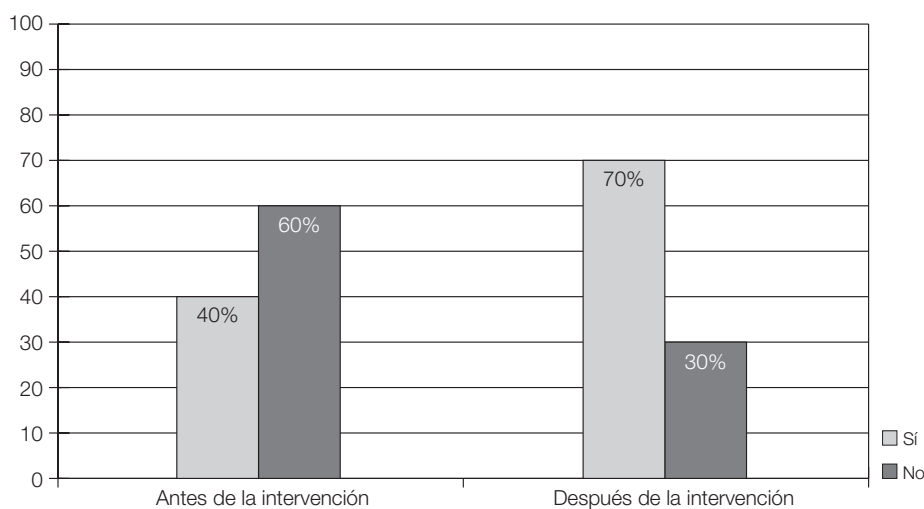
En la evaluación «pre-post» se recoge información de los mismos participantes como mínimo en dos momentos distintos. Su objetivo es comparar las respuestas dadas antes y después de la intervención, por tanto, el análisis de los resultados se basa en la comparación de las respuestas de cada participante en función del momento en el que se evalúa.

En la tabla 8.8 se presentan las respuestas de diez jóvenes a las tres preguntas del ejemplo en dos momentos temporales diferentes.

Los resultados correspondientes a la pregunta 1 se presentan en un gráfico comparativo en la figura 8.7. Se puede apreciar que antes de la intervención sólo un 40% de los par-

Tabla 8.8. Diseño «pre-post»: respuestas de diez jóvenes a las preguntas del ejemplo antes y después de la intervención

<i>Antes de la intervención</i>				<i>Después de la intervención</i>			
<i>Caso</i>	<i>Pregunta 1</i>	<i>Pregunta 2</i>	<i>Pregunta 3</i>	<i>Caso</i>	<i>Pregunta 1</i>	<i>Pregunta 2</i>	<i>Pregunta 3</i>
1	No	0	7	11	No	0	8
2	No	0	5	12	No	1	4
3	No	0	2	13	No	2	0
4	No	0	0	14	Sí	4	0
5	No	1	6	15	Sí	5	7
6	No	1	0	16	Sí	5	2
7	Sí	1	0	17	Sí	5	1
8	Sí	2	0	18	Sí	6	0
9	Sí	2	2	19	Sí	7	0
10	Sí	4	1	20	Sí	7	3

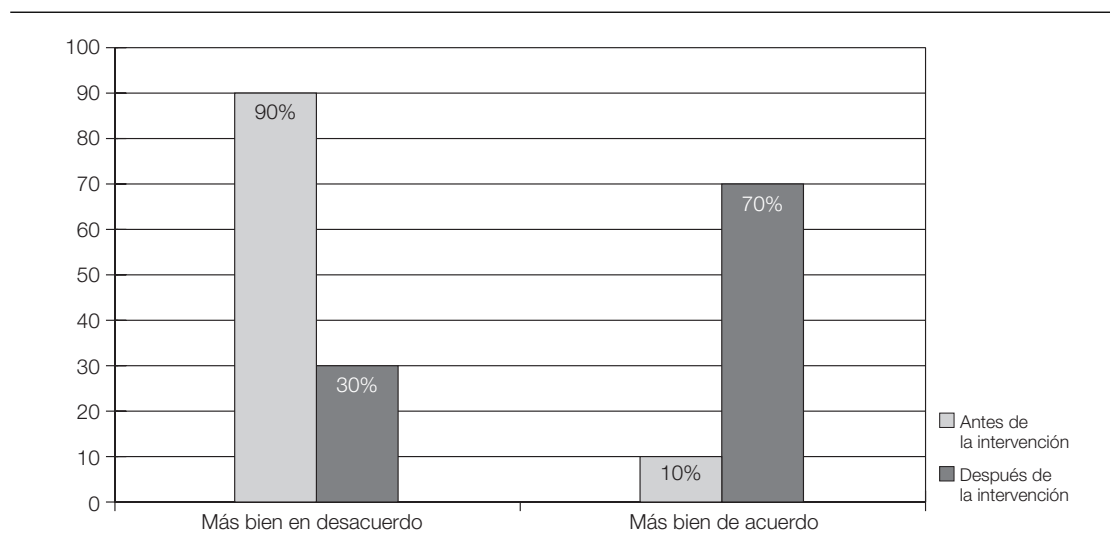
Figura 8.7. Distribución de los participantes según la respuesta a la pregunta 1: «¿Crees que el consumo de cannabis afecta a la salud física?», y el momento de evaluación

participantes consideraba que el consumo de cannabis afectara a la salud física. Tras la intervención, este porcentaje se eleva al 70%. La prueba exacta de Fisher de comparación de dos proporciones por mediciones repetidas indica que las diferencias observadas no son estadísticamente significativas ($p = 0,25$).⁷

En la figura 8.8 se presentan los resultados correspondientes a las respuestas a la pregunta 2 dicotomizados en dos categorías (más bien de acuerdo / más bien en desacuer-

7. La falta de significación de la prueba estadística en este caso se debe posiblemente a la reducida muestra utilizada en el ejemplo. Diferencias de esta magnitud en una muestra más amplia probablemente tendrían significación estadística.

Figura 8.8. Distribución de los participantes según el grado de acuerdo con el enunciado de la pregunta 2: «El cannabis puede ser el desencadenante de un brote esquizofrénico en personas propensas», y el momento de evaluación



do) según el momento de evaluación. Antes de la intervención el 90% de los adolescentes estaba más bien en desacuerdo con el enunciado de la pregunta, en cambio, después de la intervención, sólo el 30% de los participantes se encuentra en esta situación.

Los índices descriptivos correspondientes a la pregunta 2 en los dos momentos de evaluación se muestran en la tabla 8.9. Se aprecia que, antes de la intervención, los tres índices de posición son sensiblemente más pequeños que después de la intervención, lo que indica que, tras la intervención, los adolescentes han dado respuestas de rango más elevado. Si se analizan los índices de dispersión, se observa que, antes de la intervención, ningún participante señala puntuaciones superiores a 4, en cambio, después de ésta, los rangos de respuesta llegan hasta el 7. Los coeficientes de variación indican que la variabilidad de las respuestas con relación al valor de la media es menor después de la intervención.

Tabla 8.9. Índices descriptivos correspondientes a los resultados de la pregunta 2: «Grado de acuerdo con que el cannabis puede ser el desencadenante de un brote esquizofrénico en personas propensas», según el momento de evaluación

Índices de posición central	Antes de la intervención	Después de la intervención
Mediana (Me)	1	5
Moda (Mo)	0	5
Media (\bar{X})	1,1	4,2
Índices de dispersión	Antes de la intervención	Después de la intervención
Rango	4 (0-4)	7 (0-7)
Desviación típica (\hat{S}_x)	1,3	2,4
Coeficiente de variación (CV)	1,18	0,57

La prueba estadística de comparación de las medias de los diez participantes en los dos momentos de evaluación indica que las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($t = 6,2$; $p < 0,0005$): los adolescentes han modificado su grado de acuerdo con la creencia de que el cannabis puede ser el desencadenante de un brote esquizofrénico en personas propensas; después de la intervención tienden a estar más de acuerdo.

Los resultados correspondientes a la pregunta 3 se presentan en la figura 8.9 y en la tabla 8.10. Cuando se agrupan los valores de la variable en tres categorías (no consumo / consumo de 1 a 3 porros / consumo de más de 3 porros) se observa una distribución de los participantes según el consumo idéntica en los dos momentos de evaluación.

Figura 8.9. Distribución de los participantes según el consumo de porros en la última semana y el momento de evaluación

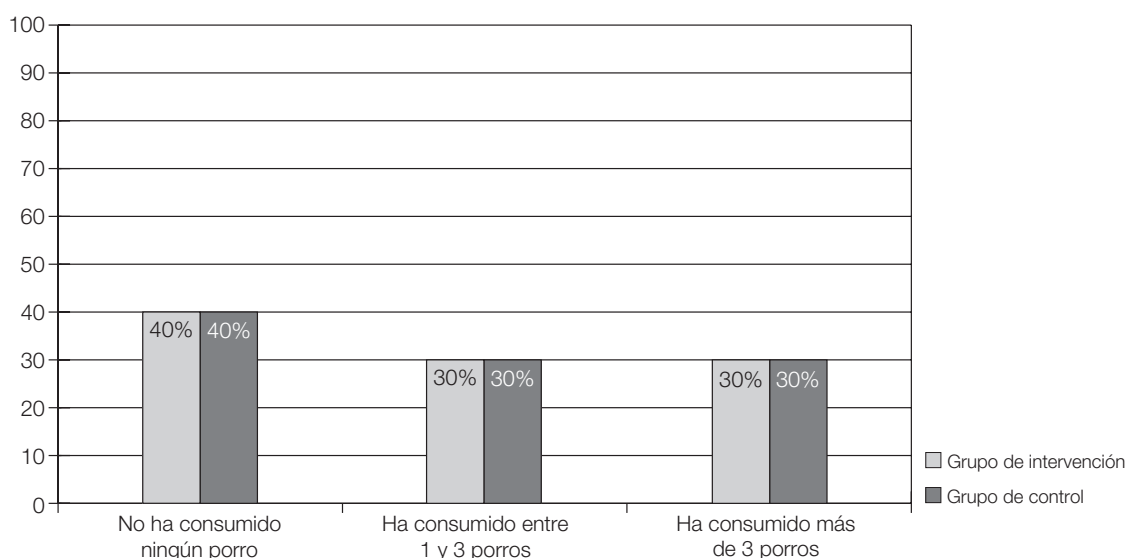


Tabla 8.10. Índices descriptivos correspondientes a los resultados de la pregunta 3: «¿Cuántos porros has consumido en la última semana?», según el momento de evaluación

Índices de posición central	Antes de la intervención	Después de la intervención
Mediana (Me)	1,5	1,5
Moda (Mo)	0	0
Media (\bar{X})	2,3	2,5
Índices de dispersión	Antes de la intervención	Después de la intervención
Rango	7 (0-7)	8 (0-8)
Desviación típica (\hat{S}_x)	2,7	3
Coefficiente de variación (CV)	1,17	1,2

Si bien la media de consumo después de la intervención es ligeramente superior (véase la tabla 8.10), la prueba de comparación de medias por muestras relacionadas indica que el consumo de porros no difiere significativamente según el momento de la evaluación ($t = 0,43$; $p = 0,68$).

8.3.4. Evaluación «pre-post» con grupo de control

El objetivo de la evaluación «pre-post» con grupo de control es comparar las respuestas del grupo de intervención con las del grupo de control en los diferentes momentos de evaluación. En este ejemplo se han tomado cuatro medidas: dos en el grupo de intervención (antes y después de aplicarla) y dos en el grupo de control (en dos momentos temporales diferentes entre los que no se aplica ninguna intervención).

Las respuestas de veinte jóvenes (diez de cada grupo) a las tres preguntas del ejemplo en los dos momentos evaluados se presentan en la tabla 8.11.

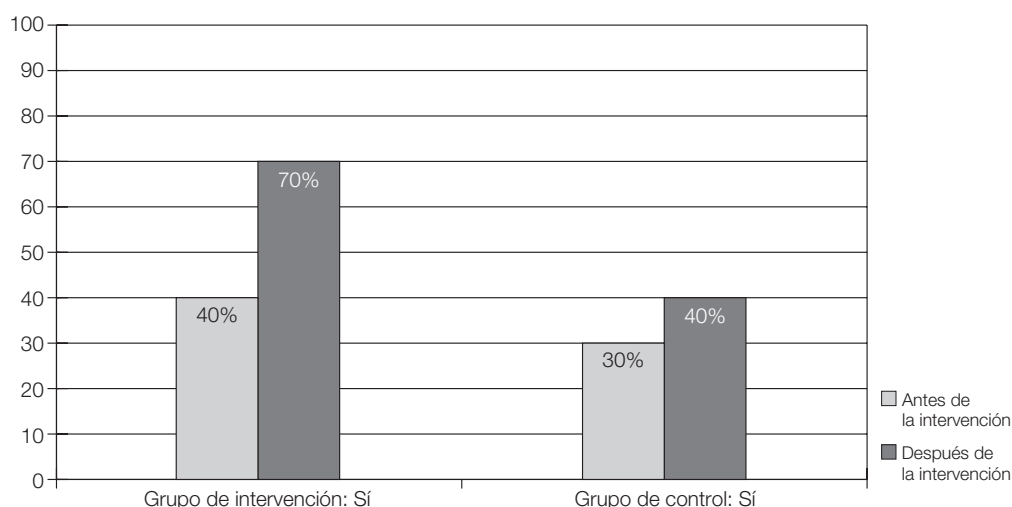
Tabla 8.11. Diseño «pre-post» con grupo de control: respuestas de veinte jóvenes a las preguntas del ejemplo en dos momentos diferentes⁸

	<i>Antes de la intervención</i>				<i>Después de la intervención</i>		
	<i>Caso</i>	<i>Pregunta 1</i>	<i>Pregunta 2</i>	<i>Pregunta 3</i>	<i>Pregunta 1</i>	<i>Pregunta 2</i>	<i>Pregunta 3</i>
Grupo de intervención	1	No	0	7	No	0	8
	2	No	0	5	No	1	4
	3	No	0	2	No	2	0
	4	No	0	0	Sí	4	0
	5	No	1	6	Sí	5	7
	6	No	1	0	Sí	5	2
	7	Sí	1	0	Sí	5	1
	8	Sí	2	0	Sí	6	0
	9	Sí	2	2	Sí	7	0
	10	Sí	4	1	Sí	7	3
Grupo de control	11	No	0	6	No	0	7
	12	No	0	6	No	0	5
	13	No	0	1	No	0	2
	14	No	1	5	No	0	6
	15	No	1	0	No	1	0
	16	No	1	0	No	1	0
	17	No	2	0	Sí	1	0
	18	Sí	2	0	Sí	2	0
	19	Sí	2	1	Sí	2	2
	20	Sí	3	1	Sí	4	1

8. En el grupo de control no se interviene. La evaluación se efectúa en dos momentos temporales diferentes, por tanto, sería más adecuado llamarlos *momento 1* y *momento 2*, pero se ha preferido utilizar para ambos grupos la misma terminología, para simplificar la tabla.

En la figura 8.10 se presentan los porcentajes de participantes que dan respuestas afirmativas a la pregunta «¿Crees que el cannabis afecta a la salud física?», según el grupo y el momento de evaluación. En el grupo de intervención se observa una gran diferencia en el porcentaje de respuestas afirmativas según el momento en el que se hace la evaluación (antes o después de la intervención). En cambio, en el grupo de control se modifica poco el porcentaje de respuestas afirmativas en los dos momentos evaluados. No obstante, en ninguno de los dos grupos los cambios observados tienen significación estadística (prueba exacta de Fisher: Grupo de intervención: $p = 0,25$; Grupo de control: $p = 1$).

Figura 8.10. Porcentaje de respuestas afirmativas a la pregunta: «¿Crees que el cannabis afecta a la salud física»? , según el grupo y el momento de evaluación

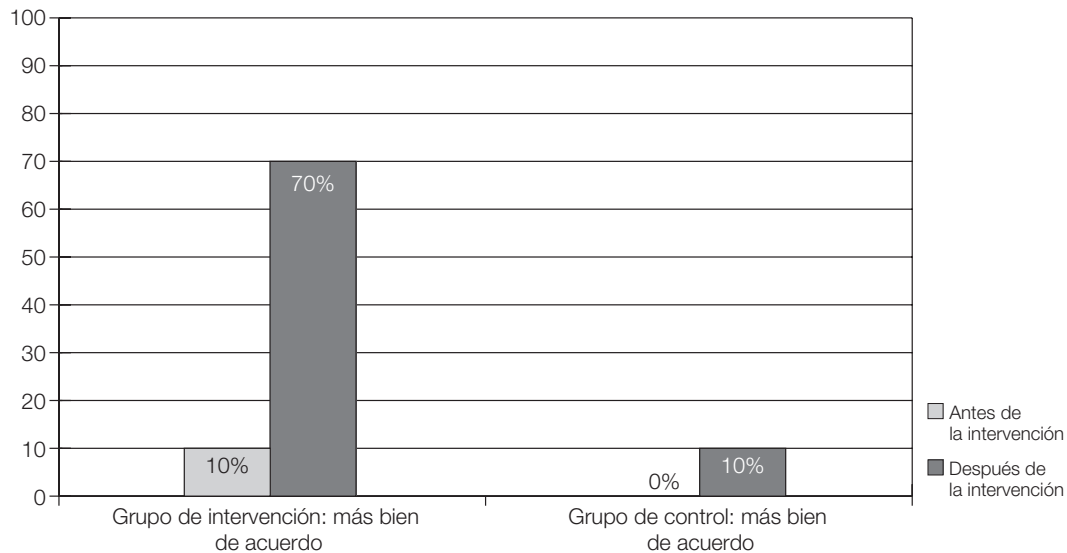


En la figura 8.11 se presenta el porcentaje de adolescentes que están más bien de acuerdo con el enunciado de la pregunta 2 respecto al hecho de que el cannabis puede ser el desencadenante de un brote esquizofrénico en personas propensas, según el grupo y el momento de evaluación. En el grupo de intervención el porcentaje de participantes que están más bien de acuerdo con esta creencia se incrementa notablemente tras la intervención. En el grupo de control el cambio que se produce entre los dos momentos evaluados es muy pequeño.

Los índices descriptivos de esta variable según el grupo y el momento de evaluación se presentan en la tabla 8.12. Se observa que, en este caso, por un lado, interesa comparar los resultados de los dos grupos y, por otro, los dos momentos de evaluación. Este diseño se conoce también como **diseño mixto** y permite comparar los resultados de grupos de participantes diferentes (factor intersujeto) y los resultados de los mismos participantes en dos momentos distintos (factor intrasujeto). Mediante el análisis de la varianza (ANOVA), se pueden analizar conjuntamente los resultados de un diseño mixto cuando la variable de respuesta está medida en una escala numérica, además de evaluar el efecto de la interacción entre los dos factores sobre la respuesta a la pregunta.

9. Tal como se comentaba en el caso del diseño «pre-post», la falta de significación estadística en el grupo de intervención probablemente se debe a la reducida muestra que se utiliza en este ejemplo.

Figura 8.11. Porcentaje de adolescentes que están más bien de acuerdo con el enunciado de la pregunta 2: «El cannabis puede ser el desencadenante de un brote esquizofrénico en personas propensas», según el grupo y el momento de evaluación



¿En qué consiste la interacción? Cuando el efecto de uno de los factores sobre la variable de respuesta es diferente según sea el nivel o la modalidad del otro factor, se dice que existe interacción entre ellos.

Pero seguramente el concepto de interacción se entenderá mejor a partir de un ejemplo mediante la observación de las medias de la tabla 8.12. En el grupo de intervención existe una diferencia importante en las respuestas a la pregunta 2 según el momento en el que se evalúa: el grado de acuerdo como media es de 1,1 antes de la intervención y de 4,2 después de la intervención. En cambio, en el grupo de control, los valo-

Tabla 8.12. Índices descriptivos correspondientes a los resultados de la pregunta 2: «Grado de acuerdo con que el cannabis puede ser el desencadenante de un brote esquizofrénico en personas propensas», según el grupo y el momento de evaluación

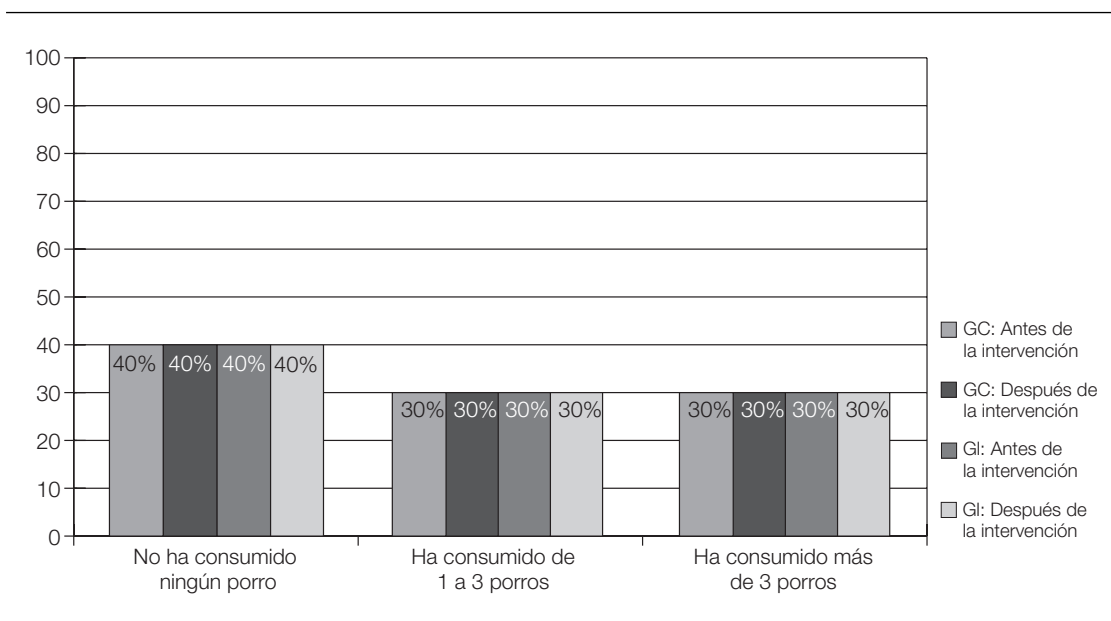
	<i>Grupo de intervención</i>		<i>Grupo de control</i>	
	<i>Antes</i>	<i>Después</i>	<i>Antes</i>	<i>Después</i>
<i>Índices de posición central</i>				
Mediana (Me)	1	5	1	1
Moda (Mo)	0	5	0	0
Media (\bar{X})	1,1	4,2	1,2	1,1
<i>Índices de dispersión</i>				
Rango	4 (0-4)	7 (0-7)	3 (0-3)	4 (0-4)
Desviación típica (\hat{S}_x)	1,3	2,4	1	1,3
Coefficiente de variación (CV)	1,18	0,57	0,83	1,18

res de las medias son prácticamente idénticos en los dos momentos evaluados (1,2 frente a 1,1). Eso significa que en el grupo de intervención se observa un cambio importante en el grado de acuerdo de los adolescentes respecto al hecho de que el cannabis puede ser el desencadenante de un brote esquizofrénico en personas propensas. Por el contrario, en el grupo de control el cambio es prácticamente imperceptible. En otras palabras, el efecto del momento de evaluación es distinto dependiendo de si se trata del grupo de intervención o del grupo de control, por lo que existe interacción entre los dos factores (grupo y momento). Los resultados del análisis de la varianza del diseño mixto corroboran que el efecto de interacción es estadísticamente significativo ($F_{(1,18)} = 35,7$; $p < 0,0005$).

En este tipo de diseño tiene muy poco interés comparar los grupos sin tener en cuenta el momento de evaluación o los momentos de evaluación prescindiendo del grupo.

La distribución de los participantes según el consumo de porros en la última semana agrupado en tres categorías (pregunta 3), el grupo y el momento de evaluación se presentan en la figura 8.12. Se aprecia que las distribuciones de los participantes por categorías son iguales en los cuatro casos.

Figura 8.12. Distribución de los participantes según el consumo de porros en la última semana, el grupo y el momento de evaluación



Cuando se analizan sin categorizar, los resultados son muy parecidos (véase la tabla 8.13). El análisis de la varianza del diseño mixto «grupo por momento» indica que no existe efecto de interacción entre el grupo y el momento de evaluación ($F_{(1,18)} = 0,04$; $p = 0,85$), de modo que el efecto del momento de evaluación es muy similar en ambos grupos.

Tabla 8.13. Índices descriptivos correspondientes a los resultados de la pregunta 3: «¿Cuántos porros has consumido en la última semana?», según el grupo y el momento de evaluación

<i>Índices de posición central</i>	<i>Grupo de intervención</i>		<i>Grupo de control</i>	
	<i>Antes</i>	<i>Después</i>	<i>Antes</i>	<i>Después</i>
Mediana (Me)	1,5	1,5	1	1,5
Moda (Mo)	0	0	0	0
Media (\bar{X})	2,3	2,5	2	2,3
<i>Índices de dispersión</i>	<i>Antes</i>	<i>Después</i>	<i>Antes</i>	<i>Después</i>
Rango	7 (0-7)	8 (0-8)	6 (0-6)	7 (0-7)
Desviación típica (\hat{S}_x)	2,7	3	2,6	2,7
Coefficiente de variación (CV)	1,17	1,67	1,3	1,17

8.4. Análisis de los resultados de la evaluación cualitativa

Si se ha optado por la evaluación cualitativa, también debe tenerse en cuenta el diseño utilizado. Si el diseño es sólo «post», el análisis cualitativo se basará en evaluar los cambios que refieren los propios participantes a partir de sus vivencias y experiencias. En el caso de un diseño sólo «post» con grupo de control, podrán evaluarse las diferencias entre los que han recibido la intervención y los que no la han recibido. Si se trata de un diseño «pre-post», se evaluarán los cambios en los conocimientos, las creencias, las actitudes, las habilidades o el comportamiento de los participantes antes y después de la intervención. En un diseño «pre-post» con grupo de control, se evaluarán tanto estos cambios como las diferencias entre los que han recibido y los que no han recibido la intervención.

A diferencia de la evaluación cuantitativa, que mide variables y utiliza técnicas estadísticas para el análisis de los datos, el estudio de los resultados cualitativos se centra en los casos. Si con la metodología cuantitativa se comparaban medias y proporciones, la metodología cualitativa basa su análisis en los registros narrativos de las experiencias y vivencias de los participantes. Así, las tablas y gráficos característicos de los resultados de los análisis cuantitativos suelen dar paso a fragmentos de entrevistas o textos narrativos.

Por ejemplo, más que analizar cómo ha modificado un grupo de adolescentes sus creencias sobre los efectos para la salud del consumo de cannabis, se identifican tipologías de adolescentes que han cambiado o que no han cambiado. La definición de estas tipologías se basa en los registros narrativos y no en la cuantificación de los cambios observados.

A modo de ejemplo, a continuación, se presentan cuatro registros distintos recogidos tras aplicar una intervención cuyo objetivo es que los adolescentes conozcan los efectos sobre la salud física y psíquica producidos por el consumo regular de cannabis. A partir de estos registros se definirán los tipos de casos.

Registro 1: chica consumidora de cannabis

«Estaba convencida de que los porros no eran malos... Mi hermano fuma [porros] desde hace tiempo... Y mis padres lo saben y no le dan importancia... Me habéis hecho pensar con esta charla... Quizá me replantee... Quizá... Pero parece que si no compartimos un canuto no sea sábado, ¿sabes?... ¿Te imaginas que ahora voy y le digo a la peña que no fumaré más porque es peligroso? ¿Te imaginas...? Me matan...»

Registro 2: chico consumidor de cannabis

«¿Dejar de fumar canutos? Ni de coña, tío... No me creo eso que dicen... Los porros son parte de mi vida... Además son medicinales, ¿sabes?... Lo dicen en la tele...»

Registro 3: chica no consumidora de cannabis

«Eso ya lo sabía... Nunca me ha gustado fumar... ni tabaco... y menos porros... No puede ser bueno... Es una droga...»

Registro 4: chico no consumidor de cannabis

«Una vez lo probé... en la playa... me pareció horrible... Pero no sabía que te pudieras volver loco... Eso no lo sabía... Está bien que lo digáis para que la gente lo sepa...»

El caso correspondiente al primer registro es el de una chica que consume cannabis y que muy probablemente no modifique su comportamiento a raíz de la intervención, aunque parece que ésta le haya servido para conocer los efectos que tiene sobre la salud el consumo regular de cannabis.

El segundo registro corresponde a un chico consumidor de cannabis que seguramente tampoco modificará su comportamiento. En este caso la intervención no ha conseguido incrementar sus conocimientos sobre los efectos perjudiciales para la salud del consumo de esta sustancia.

En el tercer registro se describe el relato de una chica no consumidora que aparentemente tampoco ha incrementado la información sobre los efectos del consumo de cannabis después de la intervención porque ya estaba informada de dichos efectos.

Por último, el cuarto registro corresponde a un chico no consumidor que sí ha incrementado sus conocimientos sobre los efectos del consumo de cannabis.

Se observa que si el objetivo de la intervención es que los adolescentes conozcan los efectos que tiene sobre la salud el consumo de cannabis, en los casos 1 y 4 se ha conseguido.

En el caso 3 la intervención parece que no era necesaria: el adolescente ya disponía de esta información con anterioridad. Por último, en el caso del chico del registro 2 la intervención no ha tenido el efecto esperado porque el adolescente no se ha «creído» la información facilitada.

9. Informe de los resultados de la evaluación

9.1. Introducción

Habitualmente, los evaluadores que participan en la valoración de un programa lo hacen no sólo por su propio conocimiento, sino para informar sobre ello a personas o grupos de personas que pueden estar interesados en conocer los resultados de la aplicación (Alonso, 2004). Por ejemplo, en el caso de la realización de una serie de sesiones informativas sobre el consumo de cannabis en los institutos de un municipio, es posible que los padres, los profesores, los responsables de los centros y las autoridades educativas tengan interés en conocer los efectos de esta intervención. U otro ejemplo, en el caso de la emisión de una cuña radiofónica para la sensibilización respecto a los riesgos asociados al consumo de cocaína, puede ser que los técnicos creadores de la cuña, los responsables del programa, los directivos de la radio y los responsables políticos del municipio quieran tener información sobre los resultados de esta intervención. A los evaluadores de programas les conviene, pues, tener conocimientos sobre qué características debe cumplir el informe, así como tener habilidades para organizar la información y saber utilizar el lenguaje en función del tipo de audiencia (Jiménez, 1997; Pérez-Pareja, 2000).

¿Cómo debe ser el informe de evaluación? ¿Cuáles son los apartados recomendables? Este capítulo intenta ofrecer una guía para la redacción de informes de evaluación de programas respondiendo a las anteriores preguntas y ofreciendo un ejemplo final.

9.2. Cómo tiene que ser el informe de evaluación

Es recomendable que el informe cumpla las tres características siguientes (Fernández-Ballesteros, 2004):

a) Que sea un vehículo de comunicación

Deberá ser un documento comprensible para la persona a quien va dirigido. Es decir, sin perder rigor científico, los datos o los resultados de la evaluación del programa deben ser transmisibles y comprensibles, por lo que hay que evitar un lenguaje abstracto, ideas demasiado generales o una terminología demasiado específica o profesional (Ávila, Ortiz y Jiménez, 1992).

b) Que sea útil

Deberá presentar orientaciones concretas y facilitar al lector la toma de decisiones y la intervención.

c) **Que sea un documento científico**

Deberá presentar una estructura parecida a la del informe de investigación científica con el fin de facilitar la réplica y la contrastación.

9.3. Apartados del informe de evaluación

Como se ha dicho antes, el informe de evaluación no difiere de cualquier otro documento científico y, por tanto, debe constar de los siguientes apartados (Fernández-Ballesteros, 1996):

Portada

La portada del informe contendrá los siguientes aspectos:

- Nombre del programa evaluado.
- Nombre del evaluador, afiliación y datos que faciliten poder contactar con él.
- Nombre del solicitante de la evaluación.
- Nombre de las personas, el colectivo o la institución a que se dirige.
- Fechas y duración de la evaluación.
- Fecha del informe y firma del evaluador.

Resumen

El resumen deberá incluir los datos esenciales de la evaluación. Hay que tener en cuenta que muchos lectores no pasarán de este apartado o que quizá será el punto que anime a leer el resto del informe. Por tanto, hay que cuidar mucho su redacción y en él constarán brevemente:

- Los objetivos de la evaluación.
- Una corta descripción del programa.
- Los hallazgos más importantes en función de los objetivos de la evaluación.
- Las principales recomendaciones que derivan de la evaluación.

Información del objeto a evaluar o del programa

Para describir el programa que se debe evaluar, puede seguirse el siguiente esquema:

- Datos sobre la planificación del programa.
- Descripción de los recursos humanos, materiales y de las acciones e infraestructuras que requiere.
- Formulación de la teoría en la que se basa el programa.

- Metas y objetivos.
- Participantes que se han sometido al programa.
- Contextos de implantación.
- Grado o nivel de implantación del programa (si procede).

Estudio valorativo

Representa el cuerpo principal del informe y debe contener una síntesis de todas las fases del proceso de evaluación:

- **Objetivos de la evaluación:**
Según Fernández-Ballesteros (1996), hay que incluir no sólo los objetivos iniciales planteados por los clientes, sino también otros propósitos que se hayan ido añadiendo durante el proceso de la evaluación del programa.
- **Barreras:**
Deben constar todos aquellos impedimentos con que el evaluador haya ido topando durante el proceso de la evaluación del programa.
- **Contextos evaluados:**
Es posible que un mismo programa se haya aplicado en diversos contextos. Por ejemplo, puede ser que el mismo taller se haya realizado en diez escuelas de un municipio. Habrá que informar de todos estos contextos. En caso de que la evaluación sólo se haya llevado a cabo, por ejemplo, en cinco de las diez escuelas, entonces habrá que indicar claramente en qué espacios se ha llevado a cabo la evaluación, de qué manera y por qué se seleccionaron estas cinco escuelas y no otras.
- **Sujetos:**
Debe hacerse constar la forma de selección de los sujetos, así como sus características más relevantes (edad, sexo, curso, etc.).
- **Operaciones observadas:**
Deben constar las variables seleccionadas en función de los objetivos del programa, así como los instrumentos para medirlas y sus correspondientes garantías científicas.
- **Diseño:**
En este punto hay que justificar el tipo de diseño utilizado (véase el capítulo de diseños).
- **Procedimiento:**
Deben definirse las características del proceso de recogida de la información a fin de garantizar su calidad y facilitar una posible réplica.
- **Análisis de los datos:**
Este punto incluye la referencia al tipo de análisis estadísticos empleados y a su justificación.

Resultados

Los resultados deben presentarse de forma ordenada en función de los objetivos, así como del tipo de análisis estadísticos (se recomienda empezar por los análisis descriptivos).

Discusión

En este apartado habrá que especificar, principalmente:

- Si hay resultados significativos que avalen el éxito del programa.
- Si hay resultados contradictorios.
- Si se encuentran explicaciones alternativas de los resultados.
- Si se dan parecidos y diferencias entre la evaluación realizada y otros estudios anteriores comparables.
- Si la evaluación realizada tiene puntos débiles o limitaciones.

Conclusiones y recomendaciones

Este apartado incluye un resumen de los principales resultados de la evaluación de la intervención y, en función de esta síntesis, posibles propuestas de cambio, así como nuevas predicciones y recomendaciones para futuras evaluaciones.

Aparte de los aspectos formales, y en lo relativo a cuestiones de contenido, el lenguaje del informe debe ser claro y dinámico, y debe evitar el uso de siglas y de opiniones personales que no puedan avalarse (Pérez, Ausín y Muñoz, 2006; Rodríguez, 2005). Además, en la redacción no hay que olvidar cuidar la sintaxis (frases bien estructuradas y fácilmente comprensibles) y la semántica (adecuar los términos empleados al destinatario del informe). Asimismo, es indispensable la utilización de una correcta ortografía. Pueden resultar de utilidad los correctores que incorporan las hojas de redacción de la mayoría de los programas informáticos.

9.4. Ejemplo de informe de los resultados de una evaluación

Para el ejemplo de informe se partirá de la siguiente situación:

La baja percepción del riesgo asociado al consumo de cannabis en comparación con otras sustancias adictivas hace que muchos adolescentes se inicien en él o sigan consumiendo sin ser conscientes del peligro al que, a corto y a largo plazo, se están exponiendo (Megías, Rodríguez, Megías y Navarro, 2005). Incrementar los conocimientos sobre las consecuencias del consumo de cannabis debe ser un objetivo prioritario en los programas de prevención de la adicción a esta sustancia.

De acuerdo con los modelos predictivos de los comportamientos de riesgo y de prevención, la información es una condición necesaria pero no suficiente para modificar la conducta (Bayés, 1992; 1995). Desde esta perspectiva, conocer los efectos no deseados del consumo de cannabis sería un primer paso que debería garantizar cualquier interven-

ción preventiva, aunque no se prevea que implique a corto plazo una reducción en el consumo.

A continuación, se presenta el ejemplo de informe a partir del subapartado de objetivos.

Objetivos

El objetivo general de este estudio es evaluar la eficacia de una intervención para dar a conocer los efectos que tiene para la salud física y psíquica el consumo regular de cannabis. La población diana son los adolescentes escolarizados de tercer y cuarto curso de enseñanza secundaria obligatoria (ESO) en centros públicos y privados de una ciudad de la provincia de Barcelona.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Evaluar algunas creencias generales y específicas sobre los efectos para la salud física y para la salud psíquica del consumo de cannabis de los adolescentes que han recibido la intervención, y compararlas con las creencias de otros adolescentes de características parecidas que no la han recibido.
2. Comparar el consumo de cannabis de los adolescentes que han recibido la intervención con el de otro grupo de características parecidas que no la ha recibido.

Se prevé que la intervención incremente los conocimientos de los estudiantes respecto a los efectos negativos del consumo de cannabis en la salud, pero no se espera una modificación en el consumo de esta sustancia a corto plazo.

Método

Participantes

La muestra está formada por 215 jóvenes (48,8% chicos) con edades comprendidas entre los 14 y los 16 años (edad media = 15 años, dev. típ. = 0,8), todos ellos estudiantes de tercer y cuarto curso de ESO de dos centros de enseñanza de la ciudad. Los centros se seleccionaron aleatoriamente entre los diez institutos en los que se había previsto aplicar la intervención.

Diseño

El diseño utilizado es un diseño sólo «post» con grupo de «cuasi control» (véase el apartado 8.1). Dada la imposibilidad de evaluar el total de los adolescentes que reciben la intervención, antes de iniciarla se seleccionaron aleatoriamente dos centros como muestra.

También se decidió al azar en cuál de los dos centros elegidos se recogería la información tras aplicar la intervención y cuál serviría de control. En el primer centro se aplicó la intervención a los 120 alumnos de tercer y cuarto curso de ESO, y tres días después se les pasó el cuestionario. A los 95 estudiantes del centro de control se les aplicó el cuestionario tres días antes de la intervención.

Instrumento

Mediante el cuestionario utilizado, elaborado a propósito por los evaluadores, se recogen las siguientes variables:

Variables demográficas:

Sexo y edad.

Creencias sobre los efectos del consumo de cannabis:

El cuestionario consta de cuatro preguntas referentes a las creencias sobre el consumo de cannabis. Las dos primeras son generales respecto a las consecuencias para la salud física y la salud psíquica del consumo de esta sustancia. Las preguntas son las siguientes:

- ¿Crees que el consumo de cannabis afecta a la salud física?
- ¿Crees que el consumo de cannabis afecta a la salud psíquica?

En ambos casos tenían que responder Sí o No.

Las otras dos preguntas hacen referencia a efectos del consumo de esta droga sobre la salud física y psíquica. Los jóvenes debían indicar en una escala de 0 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo) su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

- El consumo de cannabis puede afectar negativamente al sistema inmunológico.
- El cannabis puede ser el desencadenante de un brote esquizofrénico en personas propensas.

Consumo de cannabis en la última semana:

Por último se les pregunta a los jóvenes por su consumo de cannabis en la semana anterior. Se deja un espacio en blanco para que indiquen la cantidad de porros consumidos en el periodo indicado.

Procedimiento

Se pidió autorización a los responsables de los centros seleccionados para pasar los cuestionarios a los estudiantes. Los evaluadores se desplazaron a los centros tres días antes de la aplicación de la intervención en el caso del grupo de control, y tres días después de aplicarla en el del grupo de intervención.

En ambos grupos se hizo a los estudiantes la misma presentación: «Buenos días. Queremos conocer qué sabéis los jóvenes sobre algunas cuestiones relacionadas con el consumo de cannabis. Os pedimos que respondáis a este pequeño cuestionario con la máxima sinceridad. El cuestionario es voluntario y anónimo, por tanto, no pongáis el nombre, y la información que deis es totalmente confidencial. Si tenéis alguna duda sobre cómo responder a alguna pregunta, levantad la mano y os vendremos a ayudar».

Todos los estudiantes presentes en el momento de pasar el cuestionario accedieron a contestarlo. El tiempo máximo de respuesta fue de 10 minutos.

Análisis de los datos

Para el análisis estadístico de los resultados se ha utilizado el paquete SPSS, versión 14.0. Para comparar las proporciones del grupo de intervención y del grupo de control se ha aplicado la prueba de ji cuadrado. Para comparar la media de los dos grupos se ha utilizado la prueba t para muestras independientes. El nivel de significación es de 0,05.

Resultados

Variables demográficas:

En la tabla 9.1 se presenta la distribución de los participantes de los grupos de intervención y control según el sexo y la edad. En el grupo de intervención la proporción de chicos y chicas es idéntica; en el grupo de control hay proporcionalmente más chicas que chicos, pero la distribución por sexo no difiere significativamente según el grupo ($\chi^2_{(1)} = 0,15$; $p = 0,7$). En cuanto a la distribución por edad, en el grupo de intervención la edad más frecuente son los 15 años y en el grupo de control, los 16 años, pero tampoco son significativas las diferencias de edades entre grupos ($\chi^2_{(2)} = 0,26$; $p = 0,88$).

Tabla 9.1. Distribución de los participantes en cada grupo según la edad y el sexo (en porcentajes)

		14 años <i>n</i> = 39	15 años <i>n</i> = 42	16 años <i>n</i> = 39	Total <i>n</i> = 120
Grupo de intervención	Chicos: <i>n</i> = 60	46,2	52,4	51,3	50
	Chicas: <i>n</i> = 60	53,8	47,6	48,7	50
	Total: <i>n</i> = 120	32,5	35	32,5	100
		14 años <i>n</i> = 39	15 años <i>n</i> = 42	16 años <i>n</i> = 39	Total <i>n</i> = 120
Grupo de control	Chicos: <i>n</i> = 45	48,3	53,1	41,2	47,4
	Chicas: <i>n</i> = 50	51,7	46,9	58,8	52,6
	Total: <i>n</i> = 95	30,5	33,7	35,8	100

Creencias sobre los efectos del consumo de cannabis:

En las figuras 9.1 y 9.2 se presentan las respuestas de los adolescentes, por grupo, respecto a si creen que el consumo de cannabis afecta a la salud física y psíquica, respectivamente.

Muchos más adolescentes del grupo de intervención que del grupo de control creen que el consumo de cannabis afecta a la salud física. Las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($\chi^2_{(1)} = 19,4$; $p < 0,0005$).

La misma tendencia se observa respecto a la creencia de que el cannabis afecta a la salud

Figura 9.1. Distribución de los participantes según la respuesta a la pregunta «¿Crees que el consumo de cannabis afecta a la salud física?», y el grupo

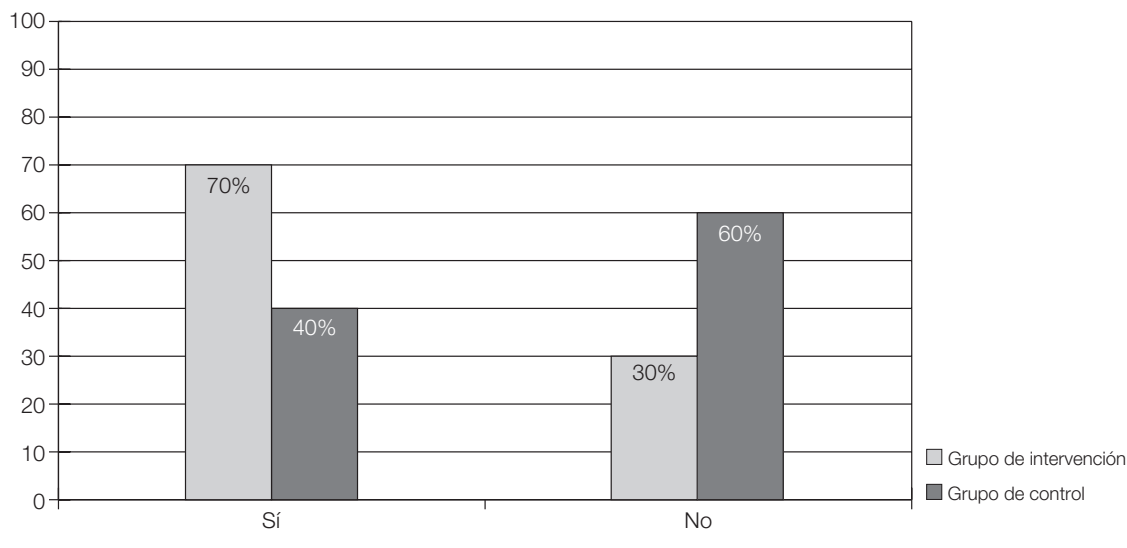
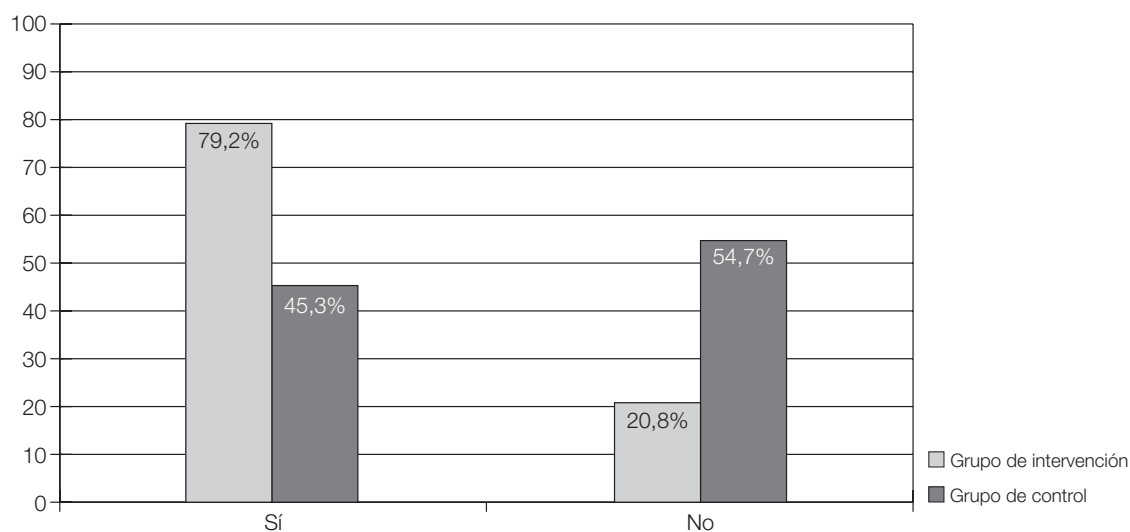


Figura 9.2. Distribución de los participantes según la respuesta a la pregunta «¿Crees que el consumo de cannabis afecta a la salud psíquica?», y el grupo



psíquica: significativamente más jóvenes del grupo de intervención que del grupo de control han respondido afirmativamente ($X^2_{(1)} = 26,5$; $p < 0,0005$).

En las figuras 9.3 y 9.4 se presentan las respuestas de los adolescentes respecto a las preguntas referentes a efectos específicos del consumo de cannabis sobre la salud física («afecta al sistema inmunológico») y sobre la salud psíquica («puede desencadenar un brote esquizofrénico en personas propensas»), según el grupo. Se han utilizado dos categorías para agrupar las respuestas de los jóvenes: los valores iguales o inferiores a 3 se han categorizado como «más bien en desacuerdo» y los valores iguales o superiores a 4 como «más bien de acuerdo».

Figura 9.3. Distribución de los participantes, según el grado de acuerdo con el hecho de que el consumo de cannabis puede afectar al sistema inmunológico, y el grupo

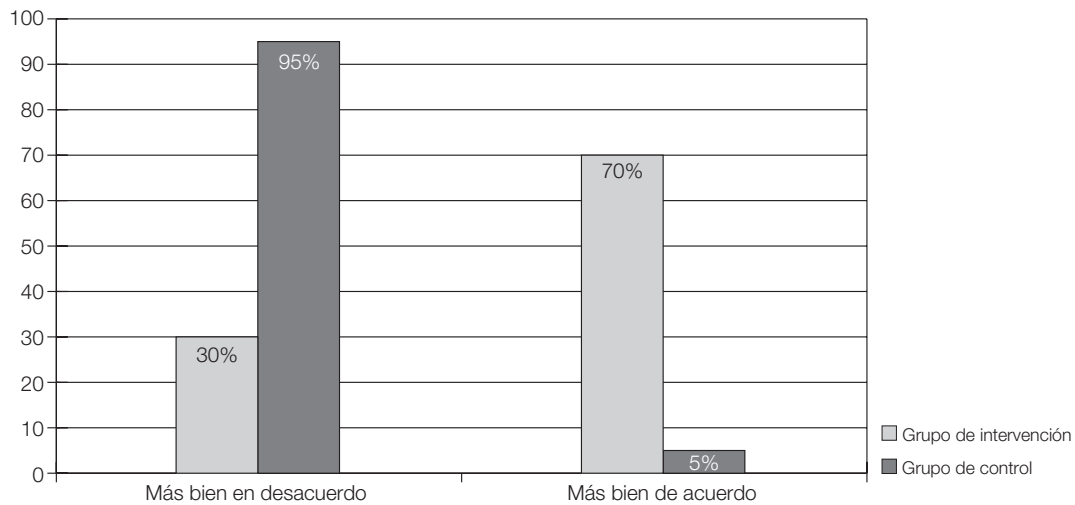
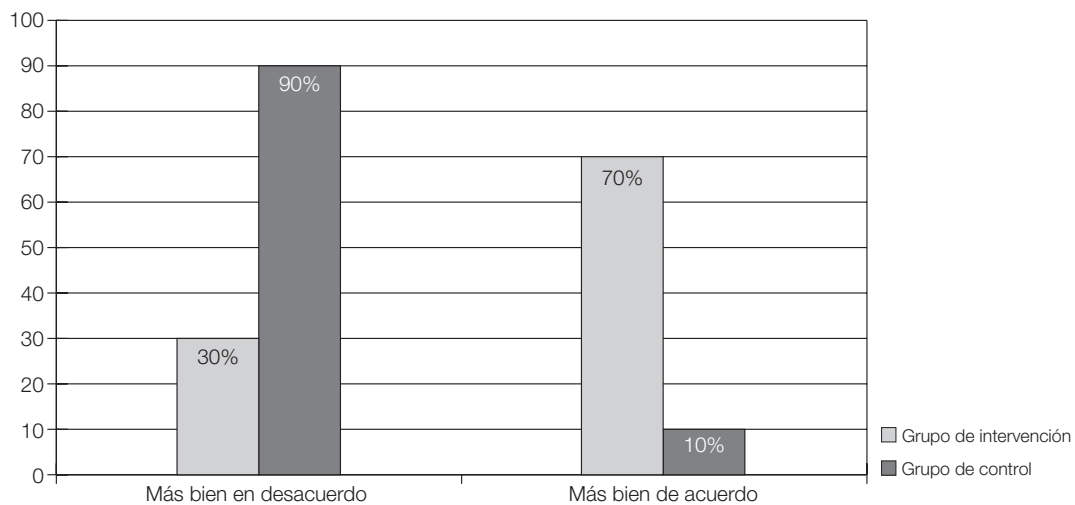


Figura 9.4. Distribución de los participantes, según el grado de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede ser el desencadenante de un brote esquizofrénico en personas propensas, y el grupo



Se observa que mayoritariamente muchos más jóvenes del grupo de intervención que del grupo de control están de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede afectar al sistema inmunológico o puede desencadenar un brote esquizofrénico. En la tabla 9.2 se presentan los índices descriptivos de las dos variables según el grupo. Tanto en el caso de la afectación del sistema inmunológico como del brote esquizofrénico, se observa que la puntuación media en el grupo de intervención es sensiblemente más elevada que en el grupo de control, lo cual corrobora la tendencia ya observada de que los jóvenes del grupo que han recibido la intervención tienden a estar más bien de acuerdo con las dos afirmaciones que los del grupo de control. En ambos casos las diferencias observadas entre las medias son estadísticamente significativas ($t = 14,8$ $p \leq 0,0005$; $t = 12,1$; $p < 0,0005$, respectivamente).

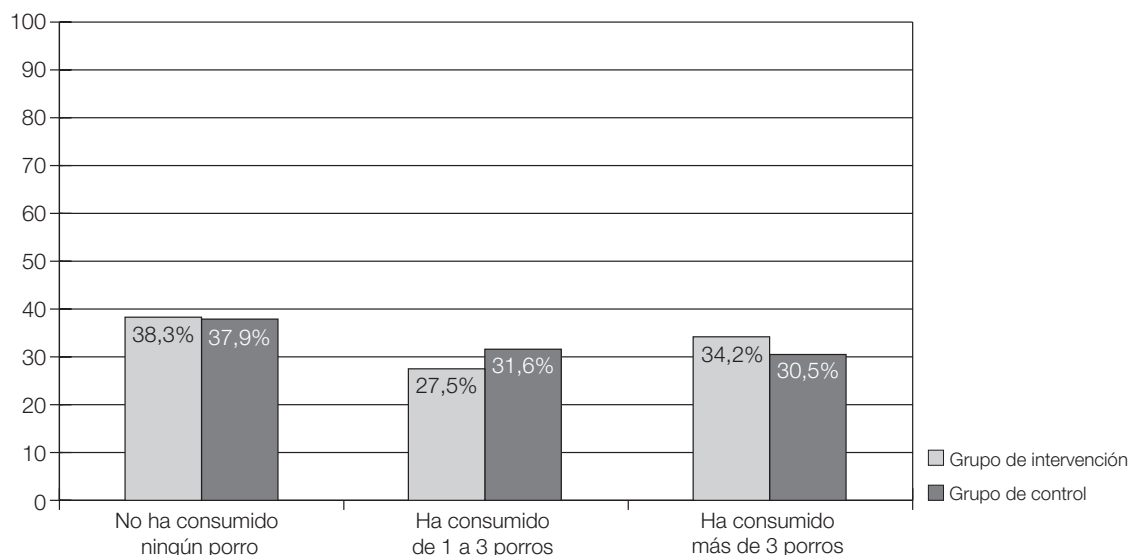
Tabla 9.2. Índices descriptivos del grado de acuerdo con el hecho de que el consumo de cannabis puede afectar al sistema inmunológico o puede desencadenar un brote esquizofrénico, según el grupo

		<i>Sistema inmunológico</i>	<i>Brote esquizofrénico</i>
Grupo de intervención n = 120	Media	4,29	4,18
	Mediana	5	5
	Rango	0-7	0-7
	Desv. típ.	2,37	2,44
Grupo de control n = 95	Media	0,68	0,92
	Mediana	2	2
	Rango	0-5	0-6
	Desv. típ.	1,11	1,47

Consumo de cannabis en la última semana:

En la figura 9.5 se presenta la distribución de los jóvenes según el consumo de porros durante la última semana agrupado en tres categorías: no ha consumido ningún porro, ha consumido entre 1 y 3 o ha consumido más de 3. Tanto en el grupo de control como en el de intervención, casi cuatro de cada diez adolescentes informan de que no han consumido ningún porro en la última semana. En el grupo de control hay más adolescentes que consumieron entre 1 y 3 porros que en el grupo de intervención, tendencia que se invierte en lo relativo a los consumidores de más de 3 porros.

Figura 9.5. Distribución de los participantes según el consumo de porros en la última semana, y el grupo



Los índices descriptivos de la variable consumo de porros según el grupo se presentan en la tabla 9.3. Como promedio, el consumo de porros de los adolescentes del grupo de intervención es ligeramente superior, pero la diferencia observada no es estadísticamente significativa ($t = 0,55$; $p = 0,59$).

Tabla 9.3. Índices descriptivos de la variable consumo de porros en la última semana, según el grupo

		<i>Consumo de porros</i>
Grupo de intervención n = 120	Media	2,56
	Mediana	2
	Rango	0-8
	Desv. típ.	2,73
Grupo de control n = 95	Media	2,36
	Mediana	2
	Rango	0-7
	Desv. típ.	2,58

Discusión

Tal como se esperaba, se constata que los estudiantes que han recibido la intervención están mejor informados sobre los efectos perjudiciales del consumo de cannabis para la salud física y psíquica que los del grupo que no la han recibido. Estos resultados irían a favor de la eficacia de la intervención aplicada para incrementar los conocimientos de los jóvenes sobre los efectos no deseados del cannabis.

Otro objetivo del estudio era comparar el consumo de cannabis de los adolescentes de los dos grupos (de intervención y de control). Como se había hipotetizado, no se observan diferencias relevantes en el consumo de cannabis entre el grupo de intervención y el grupo de control. Estos resultados estarían de acuerdo con las predicciones de los modelos que explican los comportamientos de riesgo y de prevención (Bayés, 1992; 1995).

Hay que destacar que la reducción del consumo de cannabis no era un objetivo específico de la intervención aplicada. Si ese fuera el caso, debería utilizarse otro instrumento para evaluarla, dado que el intervalo de tiempo sobre el que se preguntaba cuál había sido el consumo (la semana pasada) no sería suficientemente adecuado para detectar los cambios que puedan haberse producido.

Conclusiones y recomendaciones

La intervención que se evalúa parece incrementar los conocimientos de los adolescentes sobre los efectos del consumo de cannabis en la salud física y psíquica.

Disponer de esta información no se prevé que modifique el consumo de cannabis, pero constituye un requisito de la prevención. Tiene tanto interés para los adolescentes consumidores como para aquellos adolescentes que no se han iniciado en el consumo.

Referencias

ALONSO, J. (2004). *Evaluación psicológica. Coordinadas, procesos y garantías*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

ÁVILA, A., ORTIZ, P. y JIMÉNEZ, F. (1992). «El informe psicológico en la clínica» (Coordinador: A. Ávila). *Evaluación en Psicología Clínica I*, (pp.171-204). Salamanca: Amarú.

BAYÉS, R. (1992). «Variaciones sobre un modelo de prevención de la enfermedad y su aplicación al caso del sida». *Acta Comportamentalia*, 0, pp. 35-55.

BAYÉS, R. (1995). *Sida y psicología*. Barcelona: Martínez-Roca.

CHELIMSKY, E. «The political environment of evaluation and what it means for the development of the field» (1997). En E. Chelimsky y W. Shadish (eds.). *Evaluation for the 21st century*. Thousand Oaks, CA: SAGE, pp. 53-68.

DIPUTACIÓN DE BARCELONA (2006a). *Prevenió municipal de les drogodependències: un compromís institucional i social*. Barcelona: Diputació de Barcelona.

DIPUTACIÓN DE BARCELONA (2006b). *Document marc. Xarxa Local de Prevenió de les Drogodependències: un compromís institucional i social*. Barcelona: Diputació de Barcelona.

DIPUTACIÓN DE BARCELONA (2006c). *Protocol de composició i funcionament de la Xarxa Local de Prevenió de les Drogodependències*. Barcelona: Diputació de Barcelona.

DIPUTACIÓN DE BARCELONA (2006d). *Plenari constitutiu de la Xarxa Local de Prevenió de les Drogodependències*. Barcelona: Diputació de Barcelona.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (1998). *Guidelines for the evaluation of drug prevention*. Consultado el 25/6/2007. Accesible en: www.emcdda.europa.eu.

ESCOHOTADO, A. (1992). *Historia de las drogas 1*. Madrid: Alianza.

FERNÁNDEZ, J. R. y SECADES, R. (Coord.) (2002). *Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención de ocio alternativo*. Gijón: Colegio Oficial de Psicólogos y Plan Nacional sobre Drogas.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1996). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (dir.) (2004). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Pirámide.

- FONT-MAYOLAS, S., GRAS, M. E. y PLANES, M. (2006). «Análisis del patrón de consumo de cannabis en estudiantes universitarios». *Adicciones*, 18 (4), pp. 337-344.
- FONT-MAYOLAS, S., PLANES, M., GRAS, M. E. y SULLMAN, M. J. M. (2007). «Motivation for change and the pros and cons of smoking in a Spanish population». *Addictive Behaviors*, 32, pp. 175-180.
- JIMÉNEZ, F. (1997). «El informe psicológico». En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (dirs.). *Manual de evaluación psicológica*, pp. 221-238. Madrid: Siglo XXI
- JOHNS, A. (2001). «Psychiatric effects of cannabis». *British Journal of Psychiatry*, 178, pp. 116-122.
- KANDEL, D. B. y DAVIES, H. (1996). «High school students who use crack and other drugs». *Archives of General Psychiatry*, 53, pp. 71-80.
- LEIJS, I., COMAS, A., HERRERO, P., PEREIRO, S., FERNÁNDEZ, M., LÓPEZ, M. L., THOMAS, H., DE VRIES, H., CHARLTON, A., DOUGLAS, J., MARKHAM, W., AUSEMS, M. y MESTERS, I. (1998). «Intervención educativa escolar para prevenir el tabaquismo: evaluación del proceso». *Revista Española de Salud Pública*, 72 (4). Consultado el 26/6/2007. Accessible en: www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1135-572719980000400003&lng=nrm=iso&tlng=es
- LINSKEY, M. T., HEATH, A. C., BUCHOLZ, K. K., SLUTSKE, W. S., MADDEM P. A. F., NELSON, E. C., STATHAM, D. J. y MARTIN, N. G. (2003). «Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls». *JAMA*, 289 (4), pp. 427-433.
- LÓPEZ, E. (1987). «La evaluación de programas». *Papeles del Psicólogo*, 31. Consultado el 26/6/2007. Accesible en: www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=331
- MEGÍAS, E., RODRÍGUEZ, E., MEGÍAS, I. y NAVARRO, J. (2005). *La percepción social de los problemas de drogas en España 2004*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- OEDT (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías) (2006). *Informe anual 2006. El problema de la drogodependencia en Europa*. Consultado el 25/6/2007. Accesible en: www.ar2006.emcdda.europa.eu/download/ar2006-es.pdf
- ONU (Organización de las Naciones Unidas) (2005). *Informe Mundial sobre las Drogas de la ONU para 2005*. Consultado el 25/6/2007. Accessible en: www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/drogas
- PÉREZ, E., AUSÍN, B. y MUÑOZ, M. (2006). «El informe psicológico clínico». En *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*, pp. 515-554. Madrid: Pirámide.
- PÉREZ-PAREJA, F. J. (2000). *Introducció a l'avaluació psicològica. Camp, concepte i mètode*. Palma: Universidad de las Islas Baleares.
- RODRÍGUEZ, J. M. (2005) «Comunicación de los resultados de la evaluación e informe». En C. Moreno (ed.). *Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia*, pp. 441-485. Madrid: Sanz y Torres.

Bibliografía

ALONSO, C. A., SALVADOR, T., SUELVES, J.M., JIMÉNEZ, R. y MARTÍNEZ, I. (2004). *Prevención de la A a la Z. Glosario sobre la prevención del abuso de drogas*. Madrid: CEPS.

ALONSO, J. (2004). *Evaluación psicológica. Coordinadas, procesos y garantías*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

BAYÉS, R. (1995). *Sida y psicología*. Barcelona: Martínez Roca.

BECAÑA, E. (2001). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Ministerio del Interior.

CORBETTA, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill.

Edex (2007). Programa «L'aventura de la Vida» de prevenció de les drogodependències, Accessible en: www.esplai.org/aventuravida

Edex (2007). Programa «Órdago» de prevenció de les drogodependències. Consultado el 14/2/2007. Accessible en: www.iutconference.org/pdfs/Kwan%20IIC1.pdf

FERNÁNDEZ- BALLESTEROS, R. (1992). *Introducción a la evaluación psicológica I*. Madrid: Pirámide.

FONT-MAYOLAS, S., GRAS, M. E., PLANES, M. y SULLMAN, M. J. M. (2008). «Experimentation and stages of acquisition for tobacco consumption in Spanish adolescents». *The Open Addiction Journal*, 1, pp. 1-4.

FONT-MAYOLAS, S., PLANES, M., GRAS, M. E. y SULLMAN, M. J. M. (2007). «Motivation for change and the pros and cons of smoking in a Spanish population». *Addictive Behaviors*, 32, pp. 175-180.

KIRKPATRICK, M. A. y MOHLER, C.P. (1999). «Using the readability assessment instrument to evaluate patient medication leaflets». *Drug Information Journal*, 33, pp. 557-563.

LONDOÑO, C. y VINACCIA, S. (2005). «Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos». *Psicología y salud*, 15 (2), pp. 241-249.

MARTIN, P. y BATESON, P. (1986/1991). *La medición del comportamiento*. Madrid: Alianza Universidad.

NATIONAL CENTER FOR THE ADVANCEMENT OF PREVENTION (2000). *Getting to Outcomes: Methods and tools for program evaluation and accountability*. Vol. I y II, NCAP.

NEBOT, M. (2007). «Evaluación en salud pública: ¿todo vale?» *Gaceta Sanitaria*, 21 (2), pp. 95-96.

PLANES, M., FÁBREGAS, L., GRAS, M. E. y SOMS, M. (2003). «Percepción de las consecuencias del consumo de tabaco en fumadores adictos al juego». *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 65, pp. 29-40.

VILLALBÍ, J. R., GRANERO, L. y BRUGAL, M. T. (2008). «Políticas de regulación del alcohol en España: ¿salud pública basada en la experiencia?» *Gaceta Sanitaria*, 22 (1), pp. 79-85.

www.emcdda.europa.eu

Anexos

Anexo 1

Glosario de términos psicológicos

Actitudes

Son disposiciones a actuar, sentir, percibir y pensar determinadas por la experiencia. Se aprenden en el seno de una cultura por un proceso de interacción entre sus miembros. Las actitudes tienen un componente cognitivo (creencias) y un componente afectivo (agrado/desagrado). Aunque se suele proponer la actitud como un antecedente de la conducta, muchas veces no se conoce verdaderamente la actitud de una persona hasta que no se examina su actuación. Frecuentemente, las actitudes personales entran en conflicto con la presión social a la hora de actuar. Ejemplo de actitud: «Me gusta fumar».

Conductas

Son lo que la gente hace, pero, como a menudo no se tiene un acceso directo al comportamiento, lo más habitual es poseer datos sobre lo que la gente dice que hace. Se acostumbra a hablar de conducta observable (motórica), conducta cognitiva (pensamientos e imágenes) y conducta psicofisiológica (cambios corporales relacionados con las emociones: temblores, respiración agitada, sudoración, tensión muscular, etc.). Ejemplos de conductas: «Ayer fumé medio paquete de tabaco», «mientras fumaba el cigarrillo pensaba que no tenía que haberlo encendido», «antes de empezar a fumar me notaba tenso y nervioso».

Cuando las conductas tienen un elevado nivel de competencia se denominan habilidades. Las habilidades pueden ser tanto de tipo motriz como cognitivo y **emocional**. Las habilidades en comunicación y negociación (unas de las principales habilidades sociales) incorporan todos los aspectos mencionados: la persona tiene que saber reflexionar adecuadamente ante una situación social potencialmente conflictiva y elegir su respuesta teniendo presentes las consecuencias que pueden derivarse de ella. A continuación, llevará a la práctica lo que ha pensado y se expresará mediante el lenguaje verbal y no verbal o hará algún otro tipo de acción generalmente observable. Y durante todo el proceso procurará que sus emociones sean suficientemente satisfactorias.

Conocimientos

Son los saberes o informaciones que las personas tienen respecto a una determinada cuestión. Pueden ser correctos o incorrectos. Hay que tener en cuenta que una persona puede reproducir una información preventiva correcta sin creerla. Ejemplo de conocimientos: «El tabaco contiene nicotina y alquitrán».

Consecuencias (de las conductas)

Son los resultados positivos o negativos, inmediatos o demorados de los distintos comportamientos. Generalmente, como pasa con muchos comportamientos, no se tiene un acceso directo a ellos. Por eso habrá que fiarse de lo que las personas dicen que les ha pasado. También puede obtenerse información sobre las consecuencias por medio de las evaluaciones de las expectativas de resultados, ya que si una persona dice que espera determinados beneficios o perjuicios a raíz de un comportamiento suyo, posiblemente lo hace porque anteriormente los ha podido experimentar. Lo mismo podría decirse respecto a las normas sociales percibidas: tenemos una determinada creencia sobre lo que los demás querían que hiciéramos, porque así nos lo han hecho notar en anteriores ocasiones.

Se acostumbra a distinguir entre consecuencias extrínsecas (provenientes de otras personas) e intrínsecas (provenientes de uno mismo). Ejemplos de consecuencias son: «Me gusta el sabor del tabaco» (consecuencia intrínseca inmediata y positiva), «desde que he empezado a fumar noto que los dientes se me vuelven amarillos» (consecuencia intrínseca demorada y negativa), «tener un cigarrillo en los dedos me relaja» (consecuencia intrínseca inmediata y positiva), «mi pareja se queja del mal olor del tabaco cuando fumo en casa» (consecuencia extrínseca inmediata y negativa).

Para acabar se presenta la figura A1.1, en la que se incluyen las variables examinadas ordenadas cronológicamente con relación al comportamiento preventivo, así como las relaciones más habituales que se observan en ellas.

Creencias

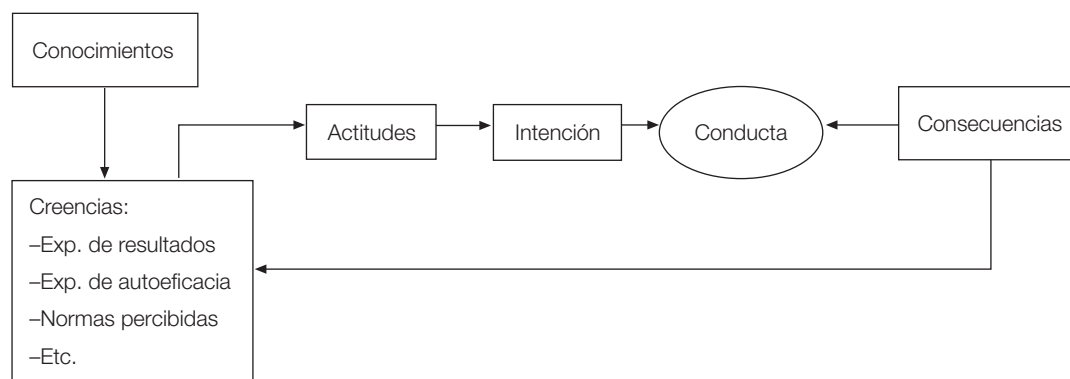
Están constituidas por los conocimientos aceptados por cada persona sobre una determinada cuestión. Pueden ser correctas o incorrectas, pero la persona siempre tiene la convicción de que su creencia es verdadera. A menudo, se acompañan de emociones; se podría decir que son los aspectos cognitivos de las actitudes.

Hay muchos tipos de creencias que se suelen considerar como antecedentes de las actitudes, las intenciones y las conductas. A continuación, se definen las más habituales en los estudios preventivos.

- **Expectativas de resultados:** son creencias sobre los resultados de un determinado comportamiento. Por ejemplo: «Beber alcohol disminuye la timidez».
- **Expectativas de autoeficacia:** son creencias sobre la propia capacidad para realizar correctamente una determinada conducta. Por ejemplo: «Me siento muy capaz de rechazar un cigarrillo de los compañeros de trabajo».
- **Normas sociales percibidas y presión de los iguales:** son creencias sobre cómo quieren los demás que nos comportemos y sobre las consecuencias sociales que creemos que puede tener nuestra actuación. Por ejemplo: «Si no tomo pastillas cuando voy a la discoteca, mis amigos no querrán que salga con ellos».

Intenciones

Son lo que las personas nos dicen que harán en una determinada situación más o menos

Figura A1.1. Variables influyentes en los comportamientos de riesgo y de prevención

definida y cercana en el tiempo. Tienen una relación positiva con las actitudes, de manera que es más probable que una persona informe de su intención de realizar una conducta preventiva si posee una actitud favorable hacia la prevención. Las intenciones, al igual que las actitudes, tampoco son muy buenas predictoras de la conducta. Ejemplo de intención: «No tengo previsto dejar de fumar en los próximos tres meses».

Bibliografía

- AZJEN, I. (1991). «The theory of planned behavior». *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, pp. 179-211.
- BANDURA, A. (1990). «Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection». *Medienpsychologie*, 1, pp. 23-43.
- BAYÉS, R. (1995). *Sida y psicología*. Barcelona: Martínez Roca.
- LINDZEY, G., HALL, C. y THOMPSON, R. F. (1982). *Psicología*. Barcelona: Omega.
- MAIMAN, L. A. y BECKER, M. H. (1974). «The health belief model: Origins and correlates in psychological theory». *Health Education Monographs*, 2, pp. 336-353.
- MERANI, A. L. (1982). *Diccionario de psicología*. Barcelona: Grijalbo.
- PLANES, M. y GRAS, M. E. (2002). «Creencias y comportamientos sexuales preventivos frente al sida en estudiantes universitarios». *Análisis y Modificación de Conducta*, 28 (121), pp. 695-723.
- PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. C. y NORCROSS, J. C. (1992). «In search of how people change. Applications to addictive behavior». *American Psychologist*, 47, pp. 1102-1114.

Anexo 2

Glosario de términos metodológicos

Diagrama circular, diagrama de pastel o gráfico de sectores

Gráfico en forma de círculo que se divide en porciones de superficie proporcional a la frecuencia en la que se presenta cada valor o modalidad de una variable. Se suele utilizar para la representación gráfica de variables cualitativas.

Diagrama de barras

Gráfico que asocia cada valor o modalidad de la variable con una barra. Se utiliza para representar gráficamente variables cualitativas o cuantitativas discretas. La longitud de la barra indica la frecuencia absoluta o relativa con la que se repite el valor o modalidad de la variable.

Eficacia y efectividad de una intervención

Una intervención es eficaz en la medida que consigue los objetivos previstos.

Una intervención es efectiva en la medida que tiene algún efecto positivo, tenga o no relación con los objetivos previstos.

Supongamos que el objetivo de una intervención es disminuir el consumo de cannabis de un grupo de adolescentes. Si se logra este objetivo, se dirá que la intervención ha sido eficaz (se ha conseguido el objetivo previsto) y efectiva (se ha producido un efecto positivo).

Supongamos ahora que la intervención no modifica el consumo de cannabis de los adolescentes, pero incrementa sus conocimientos sobre los efectos perjudiciales de esta sustancia para la salud. En este caso se dirá que ha sido efectiva (ha tenido un efecto positivo), pero no eficaz (no ha conseguido el objetivo previsto).

Eficiencia de una intervención

La eficiencia de una intervención está relacionada con el máximo aprovechamiento de los recursos disponibles. Para valorar la eficiencia se deben tener en cuenta, además de los efectos de la intervención, los recursos invertidos para aplicarla.

A menudo, la eficiencia se valora a partir de la comparación entre dos intervenciones diferentes. Por ejemplo, será más eficiente aquella intervención que utilizando los mismos recursos logre más efectos positivos, o que logre los mismos efectos utilizando menos recursos.

Escala nominal

Escala de medida que sólo permite asignar nombres a los datos. Por ejemplo, la localidad de nacimiento está medida en una escala nominal.

Escala numérica

Escala de medida que permite cuantificar los datos. Por ejemplo, la edad está medida en una escala numérica.

Escala ordinal

Escala de medida que permite asignar orden a los datos. Por ejemplo, ordenar, según el grado de peligrosidad percibida, una lista de drogas.

Grupo de control

Grupo aleatorio, seleccionado de la población diana, al que no se aplica ningún programa, pero que se evalúa en los mismos momentos que el grupo de intervención a efectos comparativos.

Grupo focal

Técnica de recogida de información a partir de la interacción entre un pequeño grupo de personas en torno a un determinado tema por el evaluador o investigador. Se suele utilizar para recoger información de base, crear nuevas ideas e hipótesis, evaluar intervenciones o ayudar a la interpretación de los resultados recopilados de otras fuentes de datos.

Medidas de dispersión o de variación

Índices estadísticos que miden hasta qué punto los valores de una variable se hallan cerca o lejos de los índices de posición central. Indican el grado de variación de los valores de una variable.

Medidas de tendencia o de posición central

Índices estadísticos descriptivos que resumen una distribución. Entre las medidas de posición central más conocidas están la media, la mediana y la moda.

Muestra

Cualquier subconjunto o parte de una población.

Muestra representativa

Subconjunto o parte de una población con características similares a ésta.

Observación participante

Técnica de recogida de información relativa a los miembros de un grupo social en su hábitat natural con la implicación directa del observador que interactúa con las personas que estudia.

Población diana

Grupo de personas al que va dirigida una intervención o que se pretende estudiar.

Significación estadística

Una diferencia entre índices estadísticos o la relación entre variables es estadísticamente significativa cuando es altamente probable que no sea debida al azar. El nivel de confianza (probabilidad a partir de la cual se considera que una diferencia es estadísticamente significativa) se suele fijar en el 95%. Es decir, cuando la probabilidad de que la diferencia entre índices o la relación entre variables no se deba al azar es superior al 95% ($p < 0,05$), se concluye que esta diferencia o relación es estadísticamente significativa.

Bibliografía

ALONSO, C. A., SALVADOR, T., SUELVES, J. M., JIMÉNEZ GARCÍA PASCUAL, R. y MARTÍNEZ, I. (2004). *Prevención de la A a la Z. Glosario sobre la prevención del abuso de drogas*. Madrid: CEPS.

ANGUERA, M. T. (1996). «Diseños». En: R. Fernández Ballesteros (ed.), *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*, pp. 149-172. Madrid: Síntesis.

BOTELLA, J., LEÓN, O. y SAN MARTÍN, R. (2001) *Análisis de datos en Psicología I*, 2a ed. Madrid: Pirámide.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1996). «El ciclo de intervención social y evaluación». En: R. FERNÁNDEZ-BALLESTEROS (ed.). *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*, pp. 49-74. Madrid: Síntesis.

LEÓN, O. y MONTERO, I. (2002). *Métodos de investigación en psicología y educación*, 3a ed. Madrid: McGraw-Hill.

MORGAN, DAVID L. (1988). *Focus group as qualitative research*. Newbury Park, CA.: Sage.

Anexo 3

Observación sistemática

La observación sistemática es un método de recogida de datos que proporciona garantías sobre la fiabilidad de la información obtenida y, en consecuencia, permite el estudio científico de los comportamientos analizados.

Mediante la observación sistemática se puede conocer hasta qué punto los datos recogidos en los registros de dos observadores coinciden, de modo que cuanto más elevada sea la concordancia entre los valores mayor será la fiabilidad y, en consecuencia, la bondad de la información obtenida.

Generalmente, en la observación sistemática hay dos o más observadores que toman nota simultáneamente de los comportamientos que se desea estudiar, pero también es posible que un único observador registre de manera consecutiva estos comportamientos a partir de una grabación en vídeo.

Como se ha dicho, la fiabilidad de los registros se calcula sobre la base de la concordancia de los datos. La manera más sencilla de hacerlo es mediante la siguiente fórmula:

$$\text{fiabilidad} = \text{acuerdos} / (\text{acuerdos} + \text{desacuerdos})$$

En caso de obtener un valor suficientemente elevado (superior al 0,8) se puede trabajar con cualquiera de los dos registros, ya que el cálculo de la fiabilidad tan sólo nos permite saber si los datos son suficientemente buenos, pero no cuál de los registros es mejor.

Instrumentos de registro

Aunque podría pensarse que la grabación de la conducta ya es, de hecho, un registro, aquí se hará referencia a los instrumentos que permitirán cuantificar lo que se observa en la cinta de vídeo o en la realidad.

Los registros observacionales acostumbran a tener un formato de parrilla. Al principio de las filas se suelen indicar los comportamientos que se tienen que observar, mientras que en las columnas constan los distintos intervalos temporales o situacionales (caso del ejemplo de la tabla A3.1) que hay que observar. Lo más frecuente es consignar si la conducta se da o no en determinado periodo de observación. Este tipo de registro también permite disponer de datos sobre la frecuencia con la que se ha producido la conducta respecto a una unidad de tiempo.

A continuación, en la tabla A3.1 se presenta un ejemplo en el que se ha utilizado un registro sencillo para consignar la actuación en un ensayo conductual de un joven participante en un taller de entrenamiento en habilidades de comunicación y de negociación, con relación a la prevención del consumo de tabaco. En este taller un grupo de jóvenes ha sido entrenado en una serie de habilidades para aprender a resistir la presión social a favor del consumo de tabaco: rechazar un cigarrillo de forma adecuada, ofrecer argumentos apropiados del rechazo cuando sea necesario, contraargumentar en caso de recibir presiones para aceptar el cigarrillo, etc. Tras el entrenamiento, hay que comprobar si las habilidades aprendidas se ponen en práctica adecuadamente. También se utiliza el ensayo para dar opción a mejorar el aprendizaje de las conductas entrenadas.

Concretamente, en este ejemplo se evalúa si el joven argumenta adecuadamente su rechazo a consumir tabaco. El registro utilizado abarca un periodo de 2 minutos y medio dividido en intervalos de 15 segundos cada uno. Dentro de cada intervalo se pueden dedicar los 10 primeros segundos a observar y los 5 últimos a anotar los resultados de la observación. Se aconseja disponer de un reloj de pared para controlar mejor el tiempo.

Tabla A3.1. Ejemplos de registros observacionales utilizados en el estudio de las habilidades de comunicación y negociación aplicadas a la prevención del consumo de tabaco

Observador 1

	15"	30"	45"	60"	75"	90"	105"	120"	135"	150"
Argumenta adecuadamente										

Observador 2

	15"	30"	45"	60"	75"	90"	105"	120"	135"	150"
Argumenta adecuadamente										

El cálculo de la fiabilidad de los registros anteriores se hace del siguiente modo:

Se contabiliza como acuerdo tanto la presencia de la conducta en los dos registros como su ausencia simultánea. Y se considera desacuerdo cuando en un registro se ha anotado la presencia de la conducta que es objeto de estudio, mientras que en el otro ésta no aparece.

A continuación, se observan los acuerdos y desacuerdos dentro de cada celda y se efectúa la suma de todos ellos, que da como resultado seis acuerdos y cuatro desacuerdos. Entonces se aplica la fórmula y se comprueba que la fiabilidad es de 0,6 y que, por tanto, los datos no son lo bastante fiables. Así pues, no se pueden utilizar para ningún tipo

de análisis y hay que repetir la observación. De ahí se desprende que hay que preparar y realizar meticulosamente las observaciones para no echar a perder los recursos ni desaprovechar las oportunidades que, a veces, no se vuelven a repetir.

Bibliografía

BAYÉS, R. (1983). «Enseñanza de la observación de un comportamiento humano en una situación natural». *Revista de enseñanza de las ciencias*, 1 (3), pp. 158-167.

FERNÁNDEZ- BALLESTEROS, R. (1992). *Introducción a la evaluación psicológica I*. Madrid: Pirámide.

MARTÍN, G. y PEAR, J. (1996/1998). *Modificación de conducta*. Madrid: Prentice Hall.

MARTÍN, P. y BATESON, P. (1986/1991). *La medición del comportamiento*. Madrid: Alianza Universidad.

Anexo 4

Instrumentos completos de evaluación de conocimientos, creencias y actitudes relacionados con el consumo de tabaco y alcohol

Consumo de tabaco

Instrumento n.º 1 (Font-Mayolas, 2001)

A continuación, te presentamos lo que podrían ser **beneficios** del consumo de tabaco. Te pedimos que los valores (dentro de los paréntesis) según lo importantes que tú crees que son para la gente que fuma, utilizando la escala que encontrarás más adelante. Te dejamos espacios donde puedes añadir otros posibles beneficios y te agradeceríamos que también valorases su importancia según la misma escala.

- () Fumar ayuda a concentrarse en el estudio
- () Fumar ayuda a relajarse
- () Cuando estás aburrido, fumar distrae
- () Fumar facilita conocer gente y hacer amistades
- () El sabor del tabaco es bueno
- () Fumar ayuda a no sentir tanta hambre
- () Fumar ayuda a adelgazar
- () _____

A continuación, te presentamos lo que podrían ser **perjuicios** del consumo de tabaco. Te pedimos que los valores (dentro de los paréntesis) según lo importantes que tú crees que son para la gente que fuma, utilizando la escala que encontrarás más adelante. Te dejamos espacios donde puedes añadir otros posibles perjuicios y te agradeceríamos que también valoraras su importancia según la misma escala.

- () Fumar, a veces, produce dolor de cabeza
- () Al fumar se manchan los dedos de nicotina
- () Al fumar los dientes se vuelven amarillos
- () Fumar, a veces, produce acidez de estómago
- () Fumar, en ocasiones, hace sentir taquicardia
- () Fumar disminuye el rendimiento deportivo
- () Fumar provoca un aliento desagradable
- () El humo impregna la ropa de mal olor
- () _____

Escala:

- 1 = Nada importante
- 2 = Ligeramente importante
- 3 = Moderadamente importante
- 4 = Bastante importante
- 5 = Muy importante
- 6 = Extremadamente importante

Instrumento n.º 2 (Font-Mayolas, 2004)

Indica si el riesgo de sufrir los siguientes trastornos y enfermedades se incrementa con el consumo de tabaco (Sí/No):

	Sí	No
• Tos	()	()
• Resfriado	()	()
• Gripe	()	()
• Dolor de garganta	()	()
• Trastornos de la voz	()	()
• Expectoración matutina	()	()
• Neumonía	()	()
• Enfisema	()	()
• Asma	()	()
• Falta de aire	()	()
• Taquicardia	()	()
• Arritmia	()	()
• Hipertensión	()	()
• Infarto	()	()
• Angina de pecho	()	()
• Arteriosclerosis	()	()
• Inflamación de encías	()	()
• Acidez de estómago	()	()
• Pérdida de gusto	()	()
• Pérdida de olfato	()	()
• Gastritis	()	()
• Úlcera	()	()
• Fatiga	()	()
• Conjuntivitis	()	()
• Dolor de cabeza	()	()
• Abotargamiento cerebral	()	()
• Problemas de visión	()	()
• Caída del pelo	()	()
• Envejecimiento de la piel	()	()
• Cáncer	()	()
• Interferencia en la metabolización de fármacos	()	()

Instrumento n.º 3 (Font-Mayolas, 2004)

Indica si las siguientes consecuencias pueden estar relacionadas con el consumo de tabaco (Sí/No):

	Sí	No
• Impregna de mal olor la ropa o la casa	()	()
• Es un gasto económico importante	()	()
• Es poco inteligente no tener en cuenta los peligros del tabaco	()	()
• Fumando, la persona se convierte en adicto	()	()
• Desprende un aliento desagradable	()	()
• Los dientes se manchan de nicotina	()	()
• Los dedos se manchan de nicotina	()	()
• El rendimiento deportivo disminuye	()	()
• Incrementa el riesgo de enfermar de las personas del entorno	()	()
• Se reciben críticas del entorno por el olor asociado al consumo de tabaco	()	()
• Se reciben críticas de las personas del entorno por los perjuicios de fumar en la salud del fumador	()	()
• Se reciben críticas de las personas del entorno por los perjuicios de fumar en la salud de los del entorno	()	()

Instrumento n.º 4 (Font-Mayolas, 2004)

Indica, utilizando la escala de más abajo, cuál es el grado de satisfacción que obtienes de los siguientes ítems:

0 = Nada 1 = Ligeramente 2 = Bastante 3 = Mucha

• Relajación	()
• Disminución de la tristeza	()
• Concentración	()
• Disminución del aburrimiento	()
• Estar más alerta	()
• Tener las manos ocupadas	()
• Disfrutar del buen sabor del tabaco	()
• Disfrutar más de las comidas	()
• Disfrutar más del café	()
• Disfrutar más de bebidas alcohólicas	()
• Disfrutar del buen olor del tabaco	()
• Sentirse más seguro	()
• Disfrutar de la imagen de fumador	()
• Hacer amistades	()
• Facilidad para hablar y estar con la gente	()
• Ayudar a adelgazar	()
• Evitar engordar	()

Consumo de alcohol

Instrumento n.º 1 (Oliveras, Planes, Cunill y Gras, 2002)

Indica si estás de acuerdo o en desacuerdo (del 1 «muy en desacuerdo» al 5 «muy de acuerdo») con las siguientes afirmaciones:

Beber con moderación aumenta la capacidad de reacción durante la conducción	1-2-3-4-5
Tomar café reduce los efectos del alcohol	1-2-3-4-5
Tomar aire fresco reduce los efectos del alcohol	1-2-3-4-5
Ducharse después de consumir alcohol reduce sus efectos	1-2-3-4-5
Beber agua disminuye los efectos del alcohol	1-2-3-4-5
Orinar en cantidad elimina el alcohol	1-2-3-4-5
Dos cervezas no suponen un riesgo para la conducción	1-2-3-4-5
Si estás acostumbrado a beber no te emborrachas	1-2-3-4-5
El vómito elimina el alcohol de la sangre	1-2-3-4-5
El alcohol es una sustancia estimulante	1-2-3-4-5
En comparación con otros aguantas mejor el alcohol	1-2-3-4-5
El alcohol es una sustancia tranquilizante	1-2-3-4-5
Dos cubatas provocan perturbación en las habilidades para la conducción	1-2-3-4-5
Puedes sufrir más accidentes si conduces después de ingerir alcohol	1-2-3-4-5
Puedes sufrir más accidentes tras consumir como mínimo dos cubatas	1-2-3-4-5

Bibliografía

FONT-MAYOLAS, S. (2001). *Per què els fumadors fumen i els no fumadors continuen sense fumar?* Girona: Universidad de Girona. Institut de Recerca sobre la Qualitat de Vida.

FONT-MAYOLAS, S. (2004). *Deixar de fumar: valorant pros i contres*. Girona: Universidad de Girona.

OLIVERAS, C., PLANES, M., CUNILL, M. y GRAS, M. E. (2002). «Efectos del alcohol y conducción de vehículos: creencias y conductas de los jóvenes». *Revista Española de Drogodependencias*, 27 (1), pp. 66-80.

Anexo 5

Ejemplos de ítems para incluir en cuestionarios de evaluación de conocimientos, creencias y actitudes con relación al consumo de diferentes tipos de sustancias adictivas

En este anexo se dan algunos ejemplos de ítems extraídos de cuestionarios que se suelen utilizar en la evaluación de conocimientos y creencias sobre los efectos del uso de varias drogas.

En la primera columna de la tabla A5.1 se encuentra el tipo de sustancia sobre la que se hacen las preguntas. Bajo la columna de descripción del ítem, se incluye la redacción textual de algunos de los ítems más utilizados por diferentes autores. Bajo la columna de referencia se indica mediante la utilización de números en qué publicaciones (véase el apartado de referencias al final del anexo) se pueden encontrar los documentos de evaluación de los que se han extraído los ítems de la tabla. También se puede observar que algunos ítems inicialmente utilizados para evaluar diferentes aspectos relacionados con el consumo de tabaco se pueden adaptar al caso de otras sustancias.

Los ítems se presentan agrupados por temáticas; por ejemplo, los dos primeros se refieren a los efectos del tabaco sobre la concentración, los dos siguientes a su capacidad para relajar, a continuación hay tres referentes a aspectos sociales del consumo, etc. Como puede comprobarse, son distintas maneras de redactar la misma idea.

Hay que decir que algunos de los ítems que se presentan, si bien son de uso bastante generalizado, no son lo bastante adecuados. Por ejemplo, el ítem primero incluye en su formulación dos cuestiones sobre las que la persona se debe pronunciar sólo con una respuesta. Podría ser que estuviera poco de acuerdo con el hecho de que fumar le ayuda a concentrarse, pero muy de acuerdo con que le ayuda a trabajar mejor (quizá más distraída, menos tensa, etc.). En este caso, convendría hacer dos preguntas separadas, una para cada cuestión.

Se ha procurado que los ítems seleccionados recogieran tanto los efectos negativos del consumo como los positivos, y que también tuvieran en cuenta la demora con que pueden aparecer estas consecuencias, ya sea a corto, medio o largo plazo. Hay que destacar que muchas investigaciones han puesto de relieve que los efectos inmediatos, ya sean positivos o negativos, tienen un mayor efecto sobre la conducta que los que aparecen al cabo de un tiempo.

Como se ha dicho en el glosario de términos psicológicos, las actitudes están formadas por una creencia y una emoción. Pensamos que una cosa es cierta, y eso nos gusta o

nos desagrada. Por tanto, aunque muchos de los ítems parece que sólo evalúan creencias, de algún modo también proporcionan información de las actitudes de las personas que los contestan. Si un joven cree que el tabaco ayuda a hacer nuevas amistades, es muy probable que tenga una actitud más favorable hacia el consumo del tabaco que otro que crea justamente lo contrario.

Asimismo, a partir del análisis de las creencias se puede saber si los conocimientos que tienen son lo suficientemente correctos o no. Es el caso de los cuatro últimos ítems correspondientes al alcohol (véase la tabla A5.1).

Tabla A5.1. Ejemplos de ítems para evaluar conocimientos, creencias y actitudes con relación al consumo de diferentes tipos de sustancias adictivas, extraídos de distintas publicaciones

<i>Tipo</i>	<i>Descripción del ítem</i>	<i>Referencia*</i>
Tabaco	Fumar me ayuda a concentrarme y a trabajar mejor	(10) (13) (15)
	Fumar ayuda a concentrarse en el estudio	(4) (5) (7) (14)
	Me siento relajado y, por tanto, más a gusto cuando fumo	(10) (13) (15)
	Fumar ayuda a relajarse	(4) (5) (7) (14)
	Los chicos y las chicas que fuman tienen más amigos	(10) (13) (15)
	Fumar facilita conocer gente y hacer amistades	(4) (5) (7) (14)
	Tienes más amigos	(6) (8) (9) (11)
	Fumando se manchan los dedos de nicotina	(4) (5) (7) (14)
	Los dedos se manchan de nicotina	(6) (8) (9) (11)
	Los dientes se manchan de nicotina	(6) (8) (9) (11)
	Mancha los dedos, los dientes	(6) (8) (9) (11)
	Fumar vuelve los dientes amarillos	(10) (13) (15)
	Fumar disminuye el rendimiento deportivo	(4) (5) (7) (14)
	El consumo de tabaco me impediría ser un buen deportista	(2) (3)
	El rendimiento deportivo disminuye	(6) (8) (9) (11)
El humo impregna la ropa de mal olor	(4) (5) (7) (14)	
Fumar provoca mal olor	(10) (13) (15)	
Impregna de mal olor la ropa o la casa	(6) (8) (9) (11)	
Las personas cercanas a mí desaprueban que fume	(10) (13) (15)	
Se reciben críticas de las personas del entorno por los perjuicios de fumar en la salud del fumador	(6) (8) (9) (11)	
Se reciben críticas de las personas del entorno por los perjuicios de fumar en la salud de los del entorno	(6) (8) (9) (11)	
Te metes en problemas con tus padres	(6) (8) (9) (11)	
Te metes en problemas con tu profesor	(6) (8) (9) (11)	
Te sientes avergonzado	(6) (8) (9) (11)	
Me siento avergonzado por tener que fumar	(10) (13) (15)	

* Las referencias bibliográficas se encuentran al final de este apartado.

Tabla A5.1. Ejemplos de ítems para evaluar conocimientos, creencias y actitudes con relación al consumo de diferentes tipos de sustancias adictivas, extraídos de distintas publicaciones

<i>Tipo</i>	<i>Descripción del ítem</i>	<i>Referencia*</i>
Alcohol	Las bebidas alcohólicas hacen que me sienta bien	(2) (3)
	Beber te hace sentir bien	(16)
	Beber es divertido	(16)
	Beber ayuda a afrontar los problemas	(16)
	Beber alcohol me ayuda a resolver mis problemas personales (timidez, disgustos)	(2) (3)
	Beber ayuda a pasarlo bien con los amigos	(16)
	Beber hace que parezcas interesante	(16)
	La publicidad del alcohol debería prohibirse	(16)
	Beber agua disminuye los efectos del alcohol	(12)
	El alcohol es una sustancia tranquilizante	(12)
Alcohol	Dos cervezas no suponen un riesgo para la conducción	(12)
	Puedes sufrir más accidentes después de consumir un mínimo de dos cubatas	(12)

* Las referencias bibliográficas se encuentran al final de este apartado.

Tabla A5.1. Ejemplos de ítems para evaluar conocimientos, creencias y actitudes con relación al consumo de diferentes tipos de sustancias adictivas, extraídos de distintas publicaciones

<i>Tipo</i>	<i>Descripción del ítem</i>	<i>Referencia*</i>
Cannabis	El cannabis (porro) produce efectos físicos de abstinencia («mono») cuando se deja de consumir	(1)
	No es necesario probar porros para saber que perjudican a mi salud	(2) (3)

* Las referencias bibliográficas se encuentran al final de este apartado.

Tabla A5.1. Ejemplos de ítems para evaluar conocimientos, creencias y actitudes con relación al consumo de diferentes tipos de sustancias adictivas, extraídos de distintas publicaciones

<i>Tipo</i>	<i>Descripción del ítem</i>	<i>Referencia*</i>
General	Consumir drogas hace que te lo pases mejor con los amigos	(2) (3)

* Las referencias bibliográficas se encuentran al final de este apartado.

Bibliografía

AGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE BARCELONA (2006). *Qüestionari. L'estil de vida dels joves*. Barcelona: ASPB.

AMIGÓ, S. y SESHADRI, V. (1999). «Consumo de cannabis: determinantes y consecuencias en una muestra de estudiantes valencianos». *Informació psicològica*, 71, pp. 66-71.

BAEZA, M. C., (1992). «Formación de actitudes como alternativa a la prevención de la droga». *Adicciones*, 4, pp. 183-196.

CURRY, S., WAGNER, E. H. y GROTHAUS, L. C. (1990). «Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (3), pp. 310-316.

CURRY, S., WAGNER, E. H. y GROTHAUS, L. C. (1991). «Evaluation of intrinsic and extrinsic motivation interventions with a self-help smoking cessation program». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (2), pp. 318-324.

FONT-MAYOLAS, S. (2001). *Per què els fumadors fumen i els no fumadors continuen sense fumar?* Girona: Universidad de Girona. Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida.

FONT-MAYOLAS, S. (2004). *Deixar de fumar: valorant pros i contres*. Girona: Universidad de Girona.

FONT-MAYOLAS, S., PLANES, M., GRAS, M. E. y SULLMAN, M. J. M. (2007). «Motivation for change and the pros and cons of smoking in a Spanish population». *Addictive Behaviors*, 32, pp. 175-180.

GUTIÉRREZ, T. y FERNÁNDEZ, C. (2003). «Instrumentos de evaluación en tabaquismo». En T. Gutiérrez, R. M. Raich, D. Sánchez y J. Deus (eds.). *Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud*, pp. 305-325. Madrid: Alianza.

KARL, E. B. y CHENOWETH, R. (1984). «The relationship between the consequences adolescents expect from smoking and their behavior: a factor analysis with panel data». *Journal of Applied Social Psychology*, 14, pp. 28-41.

OLIVERAS, C., PLANES, M., CUNILL, M. y GRAS, M. E. (2002). «Efectos del alcohol y conducción de vehículos: creencias y conductas de los jóvenes». *Revista Española de Drogodependencias*, 27 (1), pp. 66-80.

PALLONEN, U. E., PROCHASKA, J. O., VELICER, W. F., PROKHOROV, A. V. y SMITH, N. S. (1998). «Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: an empirical integration». *Addictive Behaviors*, 23 (3), pp. 303-324.

PLANES, M., FÁBREGAS, L., GRAS, M. E. y SOMS, M. (2003). «Percepción de las consecuencias del consumo de tabaco en fumadores adictos al juego». *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 65, pp. 29-40.

PLUMMER, B. A., VELICER, W. F., REDDING, C. A., PROCHASKA, J. O., ROSSI, J. S., PALLONEN, U. E. y MEIER, K. S. (2001). «Stage of change, decisional balance, and temptations for smo-

king measurement and validation in a large, school-based population of adolescents». *Addictive Behaviors*, 26, pp. 551-571.

VILLALBÍ, J. R., COMIN, E., NEBOT, M. y MURILLO, C. (1991). «Prevalence and determinants of alcohol consumption among schoolchildren in Barcelona, Spain». *Journal of School Health*, 61 (3), pp. 123-126.

Anexo 6

Análisis de los resultados de la evaluación cuantitativa: cálculo de los índices y pruebas de hipótesis

En el capítulo 8 se parte de tres preguntas a partir de las cuales se indica cómo realizar el análisis de los resultados de una evaluación cuantitativa según el diseño utilizado. Las preguntas son las siguientes:

Pregunta 1. ¿Crees que el consumo de cannabis afecta a la salud física? Sí / No.

Pregunta 2. Hasta qué punto estás de acuerdo con la siguiente afirmación: «El cannabis puede ser el desencadenante de un brote esquizofrénico en personas propensas».

Totalmente en desacuerdo 0 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente de acuerdo

Pregunta 3. ¿Cuántos porros has consumido en la última semana? _____

En este anexo, se explicará detalladamente cómo calcular algunos índices descriptivos si se dispone sólo de una calculadora, y cómo realizar estos cálculos y las pruebas de hipótesis mediante el paquete estadístico SPSS versión 13.

A6.1. Cálculo de los índices estadísticos

Para explicar el cálculo de los índices estadísticos descriptivos de posición central y de dispersión, partiremos de las supuestas respuestas de diez jóvenes a las tres preguntas del ejemplo en un diseño sólo «post» que se mostraban en el capítulo 8 y que vuelven a presentarse en la tabla A6.1. Los índices descriptivos correspondientes a la pregunta 2 se pueden consultar en la tabla A6.2.

El cálculo de estos índices descriptivos puede hacerse a partir de cualquier paquete estadístico u hoja de cálculo. A continuación, se dan las instrucciones para realizar estos cálculos mediante el paquete SPSS versión 13.0 en castellano:

1. En primer lugar, hay que seleccionar del menú sucesivamente: «Analizar», «Estadísticos descriptivos» y «Frecuencias».
2. En segundo lugar, hay que elegir la variable o variables de interés (en este caso los resultados correspondientes a la pregunta 2) y trasladarlas a la ventana «Variables».
3. La instrucción permite pedir el cálculo de distintos índices descriptivos abriendo la pestaña «Estadísticos». Para calcular los índices de posición central y de dispersión de la tabla A6.2 tenemos que seleccionar: «Media», «Mediana», «Moda», «Desv. típica», «Amplitud», «Mínimo» y «Máximo». A continuación, hay que ejecutar la instrucción.

Tabla A6.1. Diseño sólo «post»: respuestas de diez jóvenes a las preguntas del ejemplo

Caso	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3
1	No	0	8
2	No	1	4
3	No	2	0
4	Sí	4	0
5	Sí	5	7
6	Sí	5	2
7	Sí	5	1
8	Sí	6	0
9	Sí	7	0
10	Sí	7	3

Tabla A6.2. Índices descriptivos correspondientes a los resultados de la pregunta 2: «Grado de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede desencadenar un brote esquizofrénico en personas propensas»

<i>Índices de posición central</i>	
Mediana (Me)	5
Moda (Mo)	5
Media (\bar{X})	4,2
<i>Índices de dispersión</i>	
Rango	7 (0-7)
Desviación típica (\hat{S}_x)	2,4
Coefficiente de variación (CV)	0,57

En las tablas A6.3 y A6.4 se presentan los resultados que proporciona el paquete SPSS cuando se ejecuta esta instrucción para los resultados de la pregunta 2. Con el título de «Estadísticos» el programa ofrece una tabla subtitulada con el nombre que se ha dado a la variable («Grado de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede desencadenar un brote esquizofrénico»). En la tabla se observa, en primer lugar, el número de valores válidos de la variable (N = 10) y de valores perdidos (ninguno en este caso: N = 0). A continuación, los valores de la media (media = 4,20), la mediana (mediana = 5,00), la moda (moda = 5), la desviación típica (desviación típica = 2,440), la amplitud o rango (rango = 7) y los valores mínimo (mínimo = 0) y máximo (máximo = 7) (véase la tabla A6.3).

Tabla A6.3. Índices descriptivos correspondientes a la pregunta 2, tal como los presenta el paquete estadístico SPSS: «Grado de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede desencadenar un brote esquizofrénico»

<i>Estadísticos</i>	
N válidos	10
N perdidos	0
Media	4,20
Mediana	5,00
Moda	5
Desv. típ.	2,440
Rango	7
Mínimo	0
Máximo	7

Además, el paquete SPSS proporciona una tabla de frecuencias con la distribución de las respuestas. En la tabla A6.4 se observa la distribución de los adolescentes según su respuesta a la pregunta 2. El título de la tabla corresponde al nombre que se ha dado a la variable. En la primera columna se hallan los valores de la variable (de 0 a 7) y en la segunda («Frecuencia»), las veces que se presenta cada valor. Por ejemplo, uno de los diez jóvenes de la muestra da el valor «0» y tres de ellos marcan el valor «5». En la tercera columna («Porcentaje»), se halla el porcentaje de participantes que han dado como respuesta cada valor. Por ejemplo, el «0» es marcado en un 10% de los casos (un participante del total de diez) y el «5», en un 30% (tres de los diez jóvenes). Los porcentajes válidos (cuarta columna) son los porcentajes recalculados teniendo en cuenta sólo los valores válidos.

Tabla A6.4. Distribución de frecuencias de las respuestas a la pregunta 2 tal como la presenta el paquete SPSS: «Grado de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede desencadenar un brote esquizofrénico»

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Válidos	0	1	10,0	10,0	10,0
	1	1	10,0	10,0	20,0
	2	1	10,0	10,0	30,0
	4	1	10,0	10,0	40,0
	5	3	30,0	30,0	70,0
	6	1	10,0	10,0	80,0
	7	2	20,0	20,0	100,0
Total		10	100,0	100,0	

Dado que en este ejemplo no teníamos ningún valor perdido (véase la tabla A6.3), las columnas de porcentajes y porcentajes válidos coinciden. Y en la última columna se hallan los porcentajes acumulados que se han calculado sumando a cada porcentaje válido todos los anteriores. Los porcentajes acumulados indican las veces que se observa el valor al que acompañan o cualquier otro más pequeño. Por ejemplo, el 30% de los participantes ha dado como respuesta el valor «2» u otro más pequeño: de manera más detallada, el valor «0» ha sido señalado por un 10% de los jóvenes, el valor «1», por otro 10% y el «2», también por un 10% (10% + 10% + 10% = 30%).

Pero los índices de la tabla A6.2 también se pueden calcular aplicando fórmulas relativamente sencillas. Seguidamente se explica cómo realizar estos cálculos con tan sólo disponer de una calculadora.

La **mediana** (Me) es el valor central (o la media de los dos valores centrales en caso de tener un número de observaciones par) una vez ordenados los valores de la distribución. Así, para calcular la mediana, el primer paso es ordenar los resultados. En la tabla A6.5 se presentan las respuestas ordenadas de los diez jóvenes a la pregunta 2. Como hay diez observaciones, no existe uno, sino dos valores centrales, que en este caso corresponden al cinco. La mediana será la media de los dos valores centrales, por tanto:

$$Me = (5 + 5) / 2 = 5$$

Tabla A6.5. Respuestas ordenadas de los diez jóvenes a la pregunta 2: «Grado de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede ser el desencadenante de un brote esquizofrénico en personas propensas» (se señalan en negrita los dos valores centrales)

<i>Pregunta 2</i>
0
1
2
4
5
5
5
6
7
7

La **moda** (Mo) es el valor que se repite con más frecuencia. Si se observa la tabla A6.5 se aprecia que el valor 7 se repite dos veces y el valor 5, tres veces. Los demás valores observados (0, 1, 2, 4 y 6) sólo se señalan una vez. Por tanto, la moda corresponde al valor 5.

La **media** (\bar{X}) es la suma de todos los valores observados dividida por el total de observaciones. Para expresar que se tienen que sumar todos los valores de la variable, los matemáticos utilizan la letra griega Σ . Si llamamos X a la variable que se quiere describir, podemos expresar la fórmula de la media así:

$$(1) \bar{X} = \frac{\Sigma X_i}{n}$$

y calcular la media de las respuestas a la pregunta 2 así:

$$(2) \bar{X} = \frac{\sum X_i}{n} = \frac{0+1+2+4+5+5+5+6+7+7}{10} = \frac{42}{10} = 4,2$$

Además de los tres índices de posición central, en la tabla A6.2 se han presentado tres índices o medidas de dispersión: el **rango**, la **desviación típica** y el **coeficiente de variación**. Las medidas de dispersión deben acompañar a los índices de posición central para garantizar que estos últimos sean un buen resumen de los resultados.

El **rango** (también conocido como amplitud o recorrido) es la diferencia entre el valor máximo y el valor mínimo de una variable. A menudo, se suele indicar el valor mínimo y el valor máximo sin calcular la diferencia entre ellos. Este índice, muy fácil de calcular, da una visión de hasta qué punto están alejados los valores de la variable del centro de la distribución. En el ejemplo que nos ocupa, el valor máximo observado es el siete y el mínimo, el cero, por tanto, el rango o amplitud vale: $7 - 0 = 7$.

La **desviación típica** (\hat{S}_x) se define como la raíz cuadrada positiva de la media de las desviaciones de la variable respecto a la media. En la práctica, se suele calcular la cuasi-desviación típica, que sería el mismo índice dividido por el total de observaciones menos uno. En el cálculo manual es más práctico utilizar la siguiente fórmula:

$$(3) \hat{S}_x = \sqrt{\frac{\sum X_i^2 - \frac{(\sum X_i)^2}{n}}{n-1}}$$

Para aplicar la fórmula de la desviación típica (3) se necesita calcular antes la suma de todos los valores de la variable ($\sum X_i$) y la suma de todos los cuadrados de los valores de la variable ($\sum X_i^2$). En la tabla A6.6 se muestran los cálculos previos necesarios para aplicar esta fórmula.

Si sustituimos los valores en la fórmula (3) se puede obtener la desviación típica de las respuestas a la pregunta 2:

$$(4) \hat{S}_x = \sqrt{\frac{\sum X_i^2 - \frac{(\sum X_i)^2}{n}}{n-1}} = \sqrt{\frac{230 - \frac{(42)^2}{10}}{10-1}} = 2,4$$

La desviación típica, así como el rango, están expresados en la misma unidad de medida de la variable, por tanto, a veces se hace difícil saber a primera vista si los índices de posición a los que acompañan son un buen resumen de las observaciones (pensemos por ejemplo qué pasaría con el valor de la desviación típica si medimos una variable en años o la medimos en meses). Para solucionar este problema, se ha definido un coeficiente que es independiente de unidades de medida: el **coeficiente de variación**. Este índice permite disponer de mejor información sobre la dispersión de una distribución, al mismo tiempo que posibilita las comparaciones de las dispersiones de distribuciones diferentes. El

Tabla A6.6. Cálculos previos para aplicar la fórmula de la desviación típica a los resultados de la pregunta 2: «Grado de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede desencadenar un brote esquizofrénico en personas propensas»

<i>Pregunta 2</i>	
X_i	X_i^2
0	0
1	1
2	4
4	16
5	25
5	25
5	25
6	36
7	49
7	49
$\bar{\sum} X_i = 42$	$\bar{\sum} X_i^2 = 230$

coeficiente de variación se calcula dividiendo la desviación típica entre la media según la fórmula (5):

$$(5) CV = \frac{\hat{S}}{\bar{X}}$$

En el caso de las respuestas a la pregunta 2, el coeficiente de variación vale:

$$(6) CV = \frac{\hat{S}}{\bar{X}} = \frac{2,4}{4,2} = 0,57$$

Este índice también se puede presentar como porcentaje multiplicándolo por 100. Cuanto más elevado es el valor del coeficiente de variación, más alejados del centro de la distribución estarán los valores de la variable. Un coeficiente de variación igual a 1 (o a 100 si se presenta como porcentaje) indica que la desviación típica tiene el mismo valor que la media y, por tanto, que existe una gran dispersión en la distribución.

A6.2. Pruebas de hipótesis

En este apartado se indica cómo realizar las pruebas de hipótesis aplicadas en el capítulo 8 mediante la versión 13.0 en castellano del paquete estadístico SPSS.

Estas pruebas son las siguientes:

- Comparación de una distribución observada con un modelo.
- Comparación de una media observada con un modelo.
- Comparación de dos proporciones observadas.

- Comparación de dos medias observadas.
- Análisis de la varianza de un diseño mixto.

A6.2.1. Comparación de una distribución observada con un modelo

Cuando se aplica un diseño de evaluación sólo «post», a menudo se quieren comparar los resultados obtenidos en la muestra con los de una población de referencia. Si la variable se ha medido en una escala nominal, podemos comparar la distribución observada con la distribución del modelo de referencia mediante una prueba no paramétrica basada en la distribución ji cuadrado.

Los pasos que se seguirán para realizar esta prueba de hipótesis con el paquete estadístico SPSS versión 13 son los siguientes:

1. En primer lugar, hay que seleccionar del menú sucesivamente: «Analizar», «Pruebas no paramétricas» y «Chi-cuadrado».
2. En segundo lugar, hay que elegir la variable de interés (en este caso los resultados correspondientes a la pregunta 1) y trasladarla a ventana: «Contrastar variables».
3. En tercer lugar, hay que introducir la distribución de la población de referencia «Valores esperados» y ejecutar la instrucción.

Una prueba como esta se ha hecho en el apartado 8.3.1 del capítulo 8. Concretamente, se ha comparado la distribución de los adolescentes de la muestra según la creencia de que el consumo de cannabis afecta a la salud física (pregunta 1) con la distribución de una población de referencia respecto a esta creencia.

En la tabla A6.1 se hallan las supuestas respuestas de los diez adolescentes de la muestra a esta pregunta. Recordemos que en la población de referencia un 30% de los adolescentes cree que el consumo de cannabis afecta a la salud física y un 70% no tiene esta creencia.

Estos porcentajes deben introducirse en el mismo orden de la codificación de la variable: como el código 1 corresponde a las respuestas afirmativas y el código 2 a las respuestas negativas, hay que introducir primero el valor 30 y posteriormente el valor 70.

En las tablas A6.7 y A6.8 se presentan los resultados que proporciona el paquete SPSS para esta prueba de hipótesis. En la primera de estas tablas se pueden encontrar las frecuencias observadas de las respuestas a la pregunta 1 (N observado), las frecuencias esperadas si las respuestas siguieran el modelo de la población de referencia (N esperado) y la diferencia entre las frecuencias observadas y esperadas (residual). En la tabla A6.8 se muestran los resultados de la prueba ji cuadrado. El estadístico de contraste tiene un valor igual a 5,385 con un grado de libertad.¹⁰ El grado de significación inferior a 0,05 ($p = 0,020$) indica que la diferencia entre las dos distribuciones es estadísticamente significativa en este nivel de significación,¹¹ por tanto, se rechaza la hipótesis de igualdad de las distribuciones de los dos colectivos comparados (muestra observada y población de referencia).

10. Los grados de libertad en esta prueba se calculan restando 1 al número de categorías de la variable. En este caso: $2 - 1 = 1$.

11. El incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba (frecuencias esperadas iguales o superiores a 5) hace que estos resultados deban interpretarse con prudencia.

Tabla A6.7. Distribución de los adolescentes según la respuesta a la pregunta 1: «¿Crees que el consumo de cannabis afecta a la salud física?», y distribución esperada si siguiera el modelo de la población de referencia 1

	<i>N. observado</i>	<i>N. observado</i>	<i>Residual</i>
1 Sí	7	3,5	3,5
2 No	3	6,5	-3,5
Total	10		

Tabla A6.8. Resultado de la prueba de comparación de una distribución observada con un modelo en un diseño sólo «post»

<i>Estadísticos de contraste</i>	
Pregunta 1: «¿Crees que el consumo de cannabis afecta a la salud física?»	
Ji cuadrado ^a	5,385
gl	1
Sig. asintót.	,020

a. 1 casillas (50,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casillas esperada mínima es 3,5.

A6.2.2. Comparación de una media observada con un modelo

Si la variable se ha medido en una escala ordinal¹² o numérica, en vez de comparar las distribuciones se suelen comparar las medias. Esta prueba se ha aplicado en el apartado 8.3.1 del capítulo 8 cuando comparábamos las medias observadas de las respuestas a las preguntas 2 y 3 de los adolescentes de la muestra con las medias de una población de referencia.

Para realizar esta prueba de hipótesis con el paquete estadístico SPSS versión 13, deben seguirse los siguientes pasos:

1. En primer lugar, hay que seleccionar del menú sucesivamente: «Analizar», «Comparar medias» y «Prueba T para una muestra».
2. En segundo lugar, hay que elegir la variable de interés (en este caso los resultados correspondientes a la pregunta 2) y trasladarla a la ventana «Contrastar variables».
3. En tercer lugar, hay que introducir la media de la población de referencia «Valor de prueba» y ejecutar la instrucción.

En las tablas A6.9 y A6.10 se presentan los resultados que proporciona el paquete SPSS cuando se compara la puntuación media de las respuestas a la pregunta 2 de los adolescentes de la muestra (tabla A3.1) con la media de una supuesta población de referencia ($\mu = 0,9$).

12. Algunos autores prefieren utilizar pruebas no paramétricas cuando se utilizan escalas ordinales. Para conocer más sobre la aplicación de las pruebas no paramétricas, se puede consultar cualquier manual de estadística inferencial; por ejemplo, Pardo y San Martín (1994).

Tabla A6.9. Índices descriptivos correspondientes a los resultados de la pregunta 2: «Grado de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede desencadenar un brote esquizofrénico en personas propensas»

<i>Estadísticos para una muestra</i>				
	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típ.</i>	<i>Error típ. de la media</i>
Pregunta 2: «Grado de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede desencadenar un brote esquizofrénico»	10	4,20	2,440	,772

Tabla A6.10. Resultados de la prueba de comparación de una media observada con un modelo en un diseño sólo «post»

<i>Prueba para una muestra</i>						
<i>Valor de prueba = 9</i>						
	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig. bilateral</i>	<i>Diferencia de medias</i>	<i>95% Intervalo de confianza por la diferencia</i>	
					<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Pregunta 2: «Grado de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede desencadenar un brote esquizofrénico»	4,276	9	0,002	3,300	1,55	5,05

La primera de estas tablas da algunos índices descriptivos tales como la medida de la muestra ($N = 10$), la media de la muestra ($\bar{X} = 4,20$), la desviación típica ($\hat{S} = 2,440$) y el error típico de la media (E.T.). El error típico de la media es la desviación típica de la distribución muestral de medias. La fórmula de cálculo de este índice es la siguiente:

$$(7) E.T. = \frac{\hat{S}}{\sqrt{N}}$$

En la tabla A6.10 se muestran los resultados de la prueba t de comparación entre la media observada y la media de la población de referencia. El estadístico de contraste vale: $t = 4,276$, con 9 grados de libertad,¹³ el grado de significación inferior a 0,05 ($p = 0,002$) indica que la diferencia entre las dos distribuciones es estadísticamente significativa. La conclusión en este caso sería que se rechaza la hipótesis de igualdad entre la media observada y la

13. Los grados de libertad en esta prueba se calculan restando 1 del total de participantes de la muestra. En este caso $10 - 1 = 9$.

media de la población de referencia. Si nos fijamos en los valores de las medias, se observa que el grado de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede ser el desencadenante de un brote esquizofrénico es mayor entre los adolescentes de la muestra que en la población de referencia.

Otros índices que proporciona esta instrucción son la diferencia entre la media observada y la media de la población de referencia (diferencia de medias = 3,300) y el intervalo de confianza 95% de la diferencia de medias (límite inferior = 1,55; límite superior = 5,05).

A6.2.3. Comparación de dos proporciones observadas

Cuando tenemos dos medidas obtenidas en la muestra, las pruebas de hipótesis descritas en los apartados A6.2.1 y A6.2.2 no son adecuadas y tenemos que recurrir a pruebas de comparación de dos observaciones. Si la variable se ha medido en una escala nominal, se tienen que comparar proporciones. En este apartado se presentarán dos pruebas de comparación de dos proporciones observadas. La primera de ellas está pensada en caso de tener dos medidas independientes. Es el caso del diseño sólo «post» con grupo de control en el que podemos comparar la proporción de participantes que dan determinada respuesta en los dos grupos. La segunda se refiere al caso de dos medidas tomadas en un mismo grupo en dos momentos diferentes, situación que corresponde al diseño «pre-post».

Comparación de dos proporciones observadas en un diseño sólo «post» con grupo de control

Esta prueba se ha llevado a cabo en el apartado 8.3.2 del capítulo 8. Concretamente, se ha comparado la proporción de adolescentes del grupo de intervención y del grupo de control que creen que el consumo de cannabis afecta a la salud física (véase la tabla 8.5).

Los pasos que hay que seguir para realizar la prueba con el paquete estadístico SPSS versión 13 son los siguientes:

1. En primer lugar, hay que seleccionar del menú sucesivamente: «Analizar», «Estadísticos descriptivos» y «Tablas de contingencia».
2. En segundo lugar, hay que elegir la variable que define los grupos y trasladarla a la ventana «Filas» y la variable que se quiere comparar a la ventana «Columnas».
3. En tercer lugar, hay que abrir la pestaña «Estadísticos» y señalar «Chi-cuadrado». Aceptar.
4. Por último, hay que abrir la pestaña «Casillas» y señalar «Porcentajes por fila». Aceptar y ejecutar la instrucción.

En las tablas A6.11 y A6.12 se presentan los resultados que proporciona el paquete SPSS cuando se comparan las respuestas a la pregunta 1 de los adolescentes del grupo de intervención con las del grupo de control. Siete de cada diez adolescentes del grupo de intervención y cuatro de cada diez del grupo de control dan respuestas afirmativas a la pregunta.

Tabla A6.11. Distribución de los adolescentes según la respuesta a la pregunta 1 y el grupo

Tabla de contingencia de grupo

			Pregunta 1		Total
			1 Sí	2 No	
Grupo	1 Grupo de intervención	Recuento % de grupo	7 70,0%	3 30,0%	10 100,0%
	2 Grupo de control	Recuento % de grupo	4 40,0%	6 60,9%	10 1000,0%
Total	% de grupo	Recuento 55,0%	11 45,0%	9 100,0%	20

Tabla A6.12. Resultados de la prueba ji cuadrado de comparación de dos grupos en un diseño sólo «post» con grupo de control

Pruebas de ji cuadrado^a

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Ji cuadrado de Pearson	1,818 ^b	1	,718		
Corrección por continuidad	,808	1	,369		
Razón de verosimilitud	1,848	1	,174		
Estadístico exacto de Fisher				,370	,185
Asociación lineal por lineal	1,727	1	,189		
N de casos válidos	20				

a. Calculado sólo para una tabla de 2 × 2.

b. 2 casillas (50,0 %) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,50.

Los resultados de la prueba ji cuadrado de Pearson se muestran en la tabla A6.12. El estadístico de contraste tiene un valor 1,818 con un grado de libertad¹⁴ y un grado de significación superior a 0,05 ($p = 0,178$) que nos lleva a no rechazar la hipótesis de igualdad de ambas observaciones. Si se observa la nota b a pie de tabla, se puede comprobar que dos casillas tienen una frecuencia esperada inferior a cinco. Dado que una condición de aplicación de esta prueba es que todas las frecuencias esperadas sean iguales o superiores a cinco, sería más adecuado interpretar en este caso la corrección de continuidad de Yates o bien el estadístico exacto de Fisher. Tanto en un caso (corrección de continuidad: $p = 0,369$) como en el otro (estadístico exacto de Fisher: $p = 0,370$) el grado de significación es superior a 0,05, por tanto, corroboramos la decisión tomada con la prueba de ji cuadrado.

14. Los grados de libertad en este caso se calculan como el producto del número de categorías de la variable grupo menos 1 y el número de categorías de las respuestas a la pregunta 1 menos 1: $(2-1)(2-1) = 1$.

Comparación de dos proporciones observadas en un diseño «pre-post»

En el apartado 8.3.3 del capítulo 8, dentro de los diseños «pre-post», se compara la proporción de adolescentes que creen que el consumo de cannabis afecta a la salud física en dos momentos diferentes: antes y después de la intervención (pregunta 1).

Para realizar una prueba de comparación de dos proporciones observadas con los mismos participantes en dos momentos diferentes con el paquete estadístico SPSS versión 13, se deben seguir los siguientes pasos:

1. En primer lugar, hay que seleccionar del menú sucesivamente: «Analizar», «Pruebas no paramétricas» y «Dos muestras relacionadas».
2. En segundo lugar, hay que elegir las variables con las dos medidas (antes y después de la intervención) y trasladarla a la ventana «Contrastar pares».
3. En tercer lugar, hay que seleccionar la prueba de McNemar y ejecutar su instrucción.

En las tablas A6.13 y A6.14 se presentan los resultados que proporciona el paquete SPSS cuando se comparan las respuestas a la pregunta 1 de los adolescentes antes y después de la intervención. Tres adolescentes de la muestra que antes de la intervención habían contestado «No», tras la intervención dan respuestas afirmativas, pero ningún adolescente modifica su respuesta en sentido contrario.

Tabla A6.13. Pregunta 1: «¿Crees que el consumo de cannabis afecta a la salud física?». Después y antes

Respuestas a la pregunta 1 después	Respuestas a la pregunta 1 antes	
	Sí	No
Sí	4	3
No	0	3

Los resultados de la prueba de comparación de las dos proporciones se muestran en la tabla A6.14. El grado de significación superior a 0,05 ($p = 0,250$) lleva a no rechazar la hipótesis de igualdad de las dos observaciones. Por tanto, puede concluirse que los cambios producidos entre los dos momentos evaluados no son estadísticamente significativos.

Tabla A6.14. Resultados de la prueba de comparación de dos proporciones en un diseño «pre-post»

<i>Estadísticos de contraste^a</i>	
<i>Pregunta 1: «¿Crees que el consumo de cannabis afecta a la salud física?»</i>	
	Después y antes
N	10
Sig. exacta (bilateral)	,250 ^b

a. Prueba de McNemar.

b. Se ha utilizado la distribución binomial.

A6.2.4. Comparación de dos medias observadas

Si en vez de comparar dos proporciones se tienen que comparar dos medias, también hay que tener en cuenta el diseño de evaluación a la hora de seleccionar la prueba estadística. En el diseño sólo «post», con grupo de control, deben compararse las medias de dos grupos de participantes diferentes, y en el diseño «pre-post», las medias de los mismos participantes medidas en dos momentos diferentes. A continuación, se indica cómo realizar estas pruebas con el paquete estadístico SPSS.

Comparación de dos medias observadas en un diseño sólo «post» con grupo de control

En el apartado 8.3.2 del capítulo 8 se encuentran ejemplos de aplicación de esta prueba. Uno de estos ejemplos es la comparación de la media del grupo de control y del grupo de intervención respecto al grado de acuerdo con el enunciado de la pregunta 2 («El consumo de cannabis puede desencadenar un brote esquizofrénico en personas propensas») (véase la tabla 8.6).

Para hacer esta prueba de hipótesis con el paquete estadístico SPSS versión 13 deben seguirse los siguientes pasos:

1. En primer lugar, hay que seleccionar del menú sucesivamente: «Analizar», «Comparar medias» y «Prueba T para muestras independientes».
2. En segundo lugar, hay que elegir la variable que se quiere contrastar, en este caso los resultados de la pregunta 2.
3. En tercer lugar, hay que poner la variable «grupo» en la ventana «Variable de agrupación», abrir la pestaña «Definir grupos» e introducir los códigos que se han utilizado para identificar el grupo de control y el grupo de intervención (generalmente 1 y 2), y ejecutar la instrucción.

Los resultados que proporciona el paquete SPSS cuando se comparan las medias de la respuesta a la pregunta 2 de los adolescentes del grupo de intervención y del grupo de control se muestran en las tablas A6.14 y A6.15. Se aprecia que como media los adolescentes del grupo de intervención (media = 4,20) están más de acuerdo con el enunciado de la pregunta que los del grupo de control (media = 1,10).

Los resultados de la prueba de hipótesis se muestran en la tabla A6.15. En primer lugar, se presenta el resultado de la prueba de Levene de homogeneidad de varianzas. Según los resultados de esta prueba, deberán interpretarse los resultados para varianzas homo-

Tabla A6.14. Índices descriptivos correspondientes a los resultados de la pregunta 2: «Grado de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede desencadenar un brote esquizofrénico en personas propensas», según el grupo

<i>Estadística de grupo</i>					
	<i>Grupo</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típ.</i>	<i>Error típ. de la media</i>
Pregunta 2	1 Grupo de intervención	10	4,20	2,440	0,772
	2 Grupo de control	10	1,10	1,287	0,407

Tabla A6.15. Resultados de la prueba de comparación de dos medias observadas en un diseño sólo «post» con grupo de control

<i>Prueba de muestras independientes</i>									
	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas			Prueba T para la igualdad de medias					
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% intervalo de confianza por la diferencia	
								Inferior	Superior
Pregunta 2: Se han asumido varianzas iguales	4,407	,050	3,553	18	,002	3,100	,872	1,267	4,933
No se han asumido varianzas iguales			3,553	13,645	,003	3,100	,872	1,224	4,976

géneas («Se han asumido varianzas iguales») o para varianzas heterogéneas («No se han asumido varianzas iguales»). En este ejemplo nos encontramos ante una situación de varianzas no homogéneas ($p = 0,050$) (se rechaza la hipótesis de homogeneidad de las varianzas) y, por tanto, se debe interpretar la información correspondiente a esta situación («No se han asumido varianzas iguales»).¹⁵ El estadístico de contraste $t = 3,553$ y el grado de significación inferior a 0,05 ($p = 0,003$) nos llevan a rechazar la hipótesis de igualdad de las medias, de modo que puede concluirse que la media de acuerdo con el hecho de que el «cannabis puede desencadenar un brote esquizofrénico en personas propensas» es significativamente más elevada en el grupo de intervención que en el grupo de control.

Comparación de dos medias observadas en un diseño «pre-post»

Ejemplos de aplicación de esta prueba se pueden encontrar en el apartado 8.3.3 del capítulo 8. Entre ellos, la comparación de las medias de acuerdo con el hecho de que el «cannabis puede desencadenar un brote esquizofrénico en personas propensas» en los dos momentos evaluados (antes y después de la intervención).

Para esta prueba de hipótesis, con el paquete estadístico SPSS versión 13 deben seguirse los siguientes pasos:

1. En primer lugar, hay que seleccionar del menú sucesivamente: «Analizar», «Comparar medias» y «Prueba T para muestras relacionadas».
2. En segundo lugar, hay que elegir las variables con las dos medidas (antes y después de la intervención), trasladarlas a la ventana «Variables relacionadas» y ejecutar la instrucción.

15. Cuando se incumple el supuesto de homogeneidad de las varianzas se hace un reajuste de los grados de libertad de la prueba t de Student.

En las tablas A6.16 y A6.17 se muestran los resultados que proporciona el paquete SPSS cuando se comparan las medias de la respuesta a la pregunta 2 de los adolescentes antes y después de la intervención. Se aprecia que como media antes de la intervención estaban menos de acuerdo (media = 1,10) que tras la intervención (media = 4,20).

Tabla A6.16. Índices descriptivos correspondientes a los resultados de la pregunta 2: «Grado de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede ser el desencadenante de un brote esquizofrénico en personas propensas», según el momento de evaluación

<i>Estadísticos de muestras relacionadas</i>				
	<i>Media</i>	<i>N</i>	<i>Desviación típ.</i>	<i>Error típ. de la media</i>
Parte 1 Pregunta 2: «Grado de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede desencadenar un brote esquizofrénico después»	4,20	10	2,440	0,772
Pregunta 2: «Grado de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede desencadenar un brote esquizofrénico antes»	1,10	10	1,287	0,407

Tabla A6.17. Resultados de la prueba de comparación de dos medias observadas en un diseño «pre-post»

<i>Prueba de muestras relacionadas</i>								
<i>Diferencias relacionadas</i>								
	<i>Media</i>	<i>Desviación típ.</i>	<i>Error típ. de la media</i>	<i>95% intervalo de confianza por la diferencia</i>		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig. (bilateral)</i>
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>			
Pregunta 2: «Grado de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede desencadenar un brote esquizofrénico antes y después de la intervención»	3,100	1,595	0,504	1,959	4,241	6,146	9	0,000

Los resultados de la prueba de comparación de medias para dos muestras relacionadas pueden verse en la tabla A6.17. La diferencia entre las dos medias es de 3,1 puntos. El estadístico de contraste $t = 6,146$ con nueve grados de libertad¹⁶ y el grado de

16. Los grados de libertad en esta prueba se calculan restando 1 al total de participantes: $10 - 1 = 9$.

significación inferior a 0,05 ($p < 0,0005^{17}$) nos llevan a rechazar la hipótesis de igualdad de las medias: la media de acuerdo con el hecho de que el «cannabis puede desencadenar un brote esquizofrénico en personas propensas» es significativamente más elevada después que antes de la intervención.

A.6.2.5. Diseño «pre-post» con grupo de control: análisis de la varianza de un diseño mixto

Cuando la evaluación de la intervención se realiza según un diseño «pre-post» con grupo de control, medimos una variable en dos (o más) grupos y en dos (o más) momentos diferentes. Si la variable se ha medido en una escala ordinal o numérica, los resultados se pueden analizar a partir de un análisis de la varianza con dos factores, uno intersujetos (el grupo) y otro intrasujetos (el momento). En el apartado 8.3.4 del capítulo 8 se presenta un ejemplo de aplicación de este análisis.

Con el paquete estadístico SPSS versión 13, deben seguirse los siguientes pasos para aplicar esta prueba:

1. En primer lugar, hay que seleccionar del menú sucesivamente: «Analizar», «Modelo lineal general» y «Medidas repetidas».
2. En segundo lugar, hay que asignar un nombre al factor intrasujetos (por defecto el programa lo llama «Factor 1») y definir cuántos niveles tiene el factor (en el ejemplo tiene dos niveles: los dos momentos en los que se ha evaluado). A continuación, hay que activar la ventana «Definir» y se abrirá una caja de diálogo.
3. En tercer lugar, hay que seleccionar las dos variables que corresponden a los dos momentos evaluados y trasladarlas a la ventana «Variables intrasujetos».
4. En cuarto lugar, hay que elegir la variable intersujeto (grupo) y trasladarla a la ventana «Factores intersujetos».
5. Para acabar, opcionalmente se pueden solicitar los estadísticos descriptivos («Opciones», «Estadísticos descriptivos»), y hay que ejecutar la instrucción.

En las tablas A6.18 y A6.19 se presentan los índices descriptivos y algunos de los resultados que proporciona el paquete estadístico SPSS. Se aprecia que antes de la intervención las medias de los dos grupos son muy parecidas; en cambio, después de la intervención, el grado de acuerdo del grupo de control es mucho más bajo que el del grupo de intervención. El estadístico de contraste correspondiente al efecto de interacción (Factor1*Grupo: $F_{(1,18)} = 35,721$) y el grado de significación inferior a 0,05 ($p < 0,0005$) nos indican que este efecto es estadísticamente significativo (véase la tabla A6.19).

17. El grado de significación que muestra el paquete SPSS es 0,000, lo que indica que la cuarta cifra decimal tiene que ser inferior a 5, ya que en caso de que fuera superior el programa habría incrementado una unidad en la tercera cifra decimal y mostraría 0,001.

Tabla A6.18. Índices descriptivos correspondientes a los resultados de la pregunta 2: «Grado de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede ser el desencadenante de un brote esquizofrénico en personas propensas», según el momento de evaluación y el grupo

<i>Estadísticos descriptivos</i>				
	<i>Grupo</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>	<i>N</i>
Pregunta 2: «Grado de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede desencadenar un brote esquizofrénico antes»	1 Intervención	1,10	1,287	10
	2 Control	1,20	1,033	10
	Total	1,15	1,137	20
Pregunta 2: «Grado de acuerdo con el hecho de que el cannabis puede desencadenar un brote esquizofrénico después»	1 Intervención	4,20	2,440	10
	2 Control	1,10	1,287	10
	Total	2,65	2,477	20

Tabla A6.19. Resultados del análisis de varianza del diseño mixto «grupo por momento»

<i>Pruebas de efectos intrasujetos</i>					
<i>Medida: Measure 1</i>					
<i>Fuente</i>	<i>Suma de cuadrados tipo III</i>	<i>gl</i>	<i>Media cuadrática</i>	<i>F</i>	<i>Significación</i>
Factor 1	22,500	1	22,500	31,395	,000
Factor 1*Grupo	25,600	1	25,600	35,721	,000
Error (factor 1)	12,900	18	,717		

Bibliografía

PARDO, A. y SAN MARTÍN, R. (1994). *Análisis de datos en Psicología II*. 2a ed. Madrid: Pirámide.

Anexo 7

Cómo citar documentos

Los dos formatos más habituales para citar documentos en el ámbito de la salud son las normas de la American Psychology Association (APA) y las normas Vancouver del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

A continuación, se presentan ejemplos de cómo citar un artículo científico, un capítulo de libro y un libro según el estilo APA, así como el Vancouver:

Según el estilo APA

Artículo:

Apellido, inicial del nombre. (año). Título del artículo. *Título de la revista*, volumen (número), página inicial-página final.

Planes, M., Fábregas, L., Gras, M. E. y Soms, M. (2003). Percepción de las consecuencias del consumo de tabaco en fumadores adictos al juego. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 65, pp. 29-40.

Capítulo de libro:

Apellido, inicial del nombre. (año). Título del capítulo. Nombre de los coordinadores o editores si procede. *Título del libro* (pp. inicial y final del capítulo). Lugar de edición: Editorial.

Domènec, E., Larraburu, I. S., Montcada, A. y Font-Mayolas, S. (2003). Perturbaciones en el desarrollo adolescente: depresiones, trastornos alimenticios, drogadicción, tabaquismo. En A. Perinat (coord.) *Los adolescentes en el siglo XXI: un enfoque psicossocial. Perturbaciones en el desarrollo adolescente: depresiones, trastornos alimenticios, drogadicción* (pp. 225- 258). Barcelona: UOC.

Libro:

Apellido, inicial del nombre. (año). *Título del libro*. Lugar de edición: Editorial.

Font-Mayolas, S. (2004). *Deixar de fumar: valorant pros i contres*. Girona: Universidad de Girona.

Según el estilo Vancouver

Artículo:

Apellido, inicial del nombre. Título del artículo. Título de la revista abreviado. Año de publicación; volumen (número): número de páginas.

Hernández F, Sánchez P, Font M, Pi M, Fàbrega S. Programa de reinserció sociolaboral de l'SPOTT: una proposta de intervenció global. *Docum Treb i Av.* 1999; 2: pp. 13-32.

Capítulo de libro:

Apellido, inicial del nombre. Título del capítulo. En: Apellido, inicial del editor, editor. Título del libro. Número de la edición si no es la primera. Lugar de publicación: Nombre de la editorial; Año de publicación. pp. página inicial-final del capítulo.

Gras, M. E. Conducta de oposición en la edad preescolar. En: Doménech, E., editora. *Actualizaciones en psicopatología.* Barcelona: P.P.U.; 1995. pp. 141-153.

Libro:

Apellido, inicial del nombre. Título del libro. Lugar de publicación: Nombre de la editorial; año de publicación.

Font-Mayolas S. Per què els fumadors fumen i els no fumadors continuen sense fumar? Girona: Universidad de Girona; 2001.

Para más información sobre las normas de estilo para citar documentos se puede acceder a los documentos:

www.um.es/docencia/agustin/docum/docum4.htm#form

www.apastyle.org

www.icmje.org

www.lib.monash.edu.au/tutorials/citing/vancouver.html

Anexo 8

Local Network for Prevention of Drug Dependencies

The Social Welfare Area of Barcelona Provincial Council has been a pioneer in assistance to and prevention of drug consumption. Its lines of action in the field of prevention have prioritised support to municipalities in the unfolding of community prevention programmes, considering the municipality to be a privileged space for the management and coordination of preventive actions aimed to promote the firmness and participation of the social entities and agents in the search for integral responses.

Within the frame of its municipal support competences, the Social Welfare Area of Barcelona Provincial Council established in March 2005 the Preliminary Local Network for Prevention of Drug Dependencies. It was formed by 75 town councils and 6 entities in this field, for the purpose of uniting the efforts and strategies of the municipalities in the province within this sphere of action, always with a view to promoting transversality and participation. This preliminary network made a diagnosis of the local reality in connection with drug prevention, and drafted a framework document entitled *Municipal Prevention of Drug Dependencies: An Institutional and Social Commitment*, which establishes the technical bases and the general criteria which are to allow the appropriate development of the community prevention of drug dependencies. This document marks the starting point of the Network, which was presented on 15 March 2006, the date when the Local Network for Prevention of Drug Dependencies was officially organised.

This Network was created with the political and technical will to develop a shared management model of territorial reference for the purpose of promoting the services and programmes of community prevention through consensuated information systems, permitting and strengthening the preventive commitment of the local entities, not only by providing financial resources but also through the structuring of a technical space which is capable of fostering a joint concerted improvement with the final objective of advancing towards the consolidation of the local plans for prevention of drug dependencies, based on criteria of effectiveness.

The networking system

The paradigm of Barcelona Provincial Council is formed by networking, which is the reflection of a new structure of change in the way of working with and relating to the town councils of the province. A network is an organisation management system formed by diverse

members distributed within the territory, who work in an interconnected way, sharing objectives.

The main characteristics which define the networking system are as follows:

- It is formed by interdependent members who need each other in order to achieve some objectives.
- It has a continuity in time, generating in this way some more or less stable and institutionalised models of relation.
- It is dynamic and flexible because it is defined progressively by means of the exchange of contributions from its members.
- It is based on negotiation and, consequently, its results are dialogued and concerted.

By means of networking, efforts can be joined and technical, human and material resources can be put to advantage and optimised by applying economies of scale. Likewise, a quicker capacity of response can be achieved thanks to the more intense involvement of the town councils. Networking also offers the possibility of forming part of a system of relations in which the participants can share and exchange experiences and knowledge. In short, networking improves the quality and effectiveness of the local services and facilities.

Goals of the Local Network for the Prevention of Drug Dependencies

In order to consolidate a networking system, it is indispensable to possess a basic framework of coincidences, of integration of intentions, of co-responsibility and of consensus. In this respect, the goals of the Network are as follows:

- To promote the prevention of drug dependencies in the local sphere and to simplify the implementation and development of services and programmes for the prevention of drug dependencies at the local level.
- To assure the equity of the services and programmes of community prevention within the territory as a whole, so that all the spheres of preventive intervention which are of municipal competence will have the chance to take part in specific preventive proposals in a way that is balanced and adjusted to the local needs.
- To incorporate civil society into the development of the actions which are aimed to contribute to the strengthening of civil society's active participation in the definition of priorities and in the implementation and assessment of preventive initiatives.
- To advance towards the homogenisation of the management systems within the territory as a whole, taking into consideration the reality of each municipality.
- To simplify the shared management of knowledge among all the local agents through training, innovation, protocols and assessment.

Membership in the Network

Membership in the Local Network for Prevention of Drug Dependencies is open to all the local entities which can prove their political commitment of adherence to and acceptance of the Network's goals and their appointment of the respective political and technical managers who will take part in the Network. 177 municipalities are currently members of the Network.

Structure of the Network

Council of the Local Network for Prevention of Drug Dependencies. This is the principal body of the Network. It is formed by all the political managers of the member local entities and by five members representing Barcelona Provincial Council. Its functions are to define the goals, the general lines of action and the annual programming; to establish the information policy; to appoint the members of the participation bodies, and to hold the institutional representation of the Network.

Coordination Committee. It is directed by a representative of the Provincial Council and it is formed by elected officials who hold the territorial and political representation of the municipalities and the local entities which are members of the Network. The committee's functions are to propose the annual programming, to coordinate the actions of the Network, to monitor and assess the Network's operation and to act as an interlocutor in dealings with other administrations and actors.

Advisory Council. This is a participative and consultative body of non-binding character, formed by the third sector, social agents, associations, expert professionals, etc. Its function is to open the Network to entities which represent the sector.

Working commissions. The Network's structure is formed by working commissions, which are technical areas organised according to projects or topics of common interest, unfolding the guidelines of the Coordination Committee and preparing the Network's products, that is to say, tools and reference methodology.

The working commissions are formed by a large group of professionals (between 20 and 30) from the town councils, the county councils and Barcelona Provincial Council. They have the technical assistance of one or more experts, who are acquainted with the pertinent field from both the theoretical and practical standpoints.

The operation of the working commissions is based, on the one hand, on plenary meetings in which 20 to 30 experts from the town councils, the county councils and Barcelona Provincial Council take part, and on the other, on meetings of the steering group, which is formed by six or seven members of the commission who assemble before each plenary meeting in order to gather the contributions of the plenary meeting and which, together with the technical assistance team, re-elaborates the product and prepares the following session.

On the basis of this process, two working commissions have been formed since the creation of the Local Network for Prevention of Drug Dependencies.

1. *Commission.* «Methodological elements for the assessment of programmes for prevention of drug dependencies, addressed to families and young people».

Technical Advisory Team. Health Psychology Research Team of the University of Girona.

Product: Programmes for prevention of drug dependencies. Assessment guide

Programmes for prevention of drug dependencies. Assessment guide

Objective of the working commission

1. To reach one same understanding among all in relation to preventive activities
2. To draft a document presenting the way in which the most common actions can be assessed
3. To assure that the working document will be of an essentially practical character
4. Final product: «Guide for the Assessment of Programmes for Prevention of Drug Dependencies»
5. Procedure: The starting point has been the analysis of the present situation of the preventive interventions in the counties of Barcelona, based on the requests for subsidies for projects involving the prevention of drug dependencies submitted to Barcelona Provincial Council in the year 2006. The first step involves the review and dumping of the subsidy request files which the town councils have completed, stating the projects and activities for which they request a financial subsidy. This analysis has allowed us to establish a representative sample of the typology of the activities which have been initiated, their frequency and methodology of application, and their assessment system.

The Guide seeks to be a practical, instructive and operative tool for the experts who work on preventive projects, since it is at the disposal of the member town councils of the Local Network for Prevention of Drug Dependencies.

Contents of the assessment guide

The scant tradition in the assessment of the interventions which are programmed and applied by institutions may be explained in many cases by the common perception of the assessment process as something complicated and difficult. This perception may be due to inexperience or to the consultation of complex assessment manuals which have possibly been conceived for use by experts and which may be hardly accessible for persons lacking experience who need to assess an intervention. Another reason which is given for not assessing an intervention may be the fact of its having been applied repeatedly with

success in other towns and contexts, forgetting that the specific characteristics and circumstances of each collective may be quite diverse.

This guide seeks to be an instrument which is easily accessible for persons who are to carry out a preventive intervention on drug dependencies and who need to know the effectiveness and efficiency of the actions unfolded, firstly so that they may be adapted as closely as possible to the needs of the target groups; secondly, so that they may be re-oriented to accomplish the envisaged goals, and thirdly, so that the maximum utilisation and best distribution of the available resources may be achieved.

Accordingly, the main goals of this guide are as follows:

- To offer guidelines which may be useful in assessing preventive interventions on drug dependencies which are applied by town councils, county councils and other institutions.
- To modify the perception of the assessment task as something highly complex and «unapproachable», so that it may become accessible.
- To present practical examples of how to make an assessment, examples which may be easily adapted to the needs and resources in each situation.

In the first place, reference is made to the *typology of the local preventive interventions on drug dependencies* which are carried out in Barcelona Province. A categorisation has been made of the activities of this type which the town councils have explained on the annual financial subsidy request file. This categorisation has been divided into:

- Presential information activities
- Presential training activities
- Non-presential information activities
- Research
- Preparation of materials
- Recreational activities
- Dehabituating intervention
- Prevention support
- Reduction of damages
- Other aspects

Also presented is a table with the *most common activities* which are being unfolded in the municipalities of Barcelona Province:

- Chats and round tables addressed to young people, parents, educators or entities.
- Exhibitions, informative stands at festivals, concerts or fairs, addressed to young people and the general public.
- Information points and advisory and assistance services addressed to young people, parents, companies and the general public.
- Awareness, dissemination and information campaigns addressed to young people, parents and the general public.

- Symposiums, cultural weeks and guided tours addressed to young people, parents and the general public.
- Classroom activities with teaching staff, addressed to young people.
- Other activities.

Lastly, an *analysis* is made of the *frequency* with which each of these activities is carried out in the municipalities of Barcelona Province.

Secondly, an explanation is given of the *phases of the assessment of preventive interventions*:

- Assessment of planning
- Assessment of quality and the process
- Assessment of results

The subsequent chapters of the guide go into greater depth about *how to assess each of the activities which are most often unfolded* in the programmes for prevention of drug dependencies:

1. Assessment of an informative session.
2. Assessment of informative brochures.
3. Assessment of prevention workshops.
4. Assessment of «prevention packs»¹⁸
5. Assessment of prevention campaigns

After that, the various *assessment designs* are considered in greater detail:

1. «After» design alone
2. «After» design with control group
3. «Before-After» design
4. «Before-After» design with control group

Once the assessment design has been selected, one must decide which *methodology* to use for the purpose of gathering information: *Quantitative Assessment or Qualitative Assessment*.

- Analysis of the results of the *quantitative assessment*:
 1. «After» assessment alone
 2. «After» assessment alone with control group
 3. «Before-After» assessment
 4. «Before-After» assessment with control group
- Analysis of the results of the *qualitative assessment*

18. Prevention Packs are formed by a diversity of activities: workshops, chats, work with picture-card albums, etc., and programmes with their own designation or existing ones such as «The Adventure of Life», «Running Risks», etc.

Chapter 9 gives a model for the drafting of an Assessment Results Report. This is a practical chapter for experts on prevention of drug dependencies who need to prepare a report on the assessment of results, with a specific example of a report.

The section on references and bibliography, which is always necessary to establish the provenance of the guide's references and the bibliography which has been consulted.

At the request of the experts who participated in the plenary group of this working commission, we have included a section of «Annexes» in the guide, with practical examples which will be helpful for the performance of an assessment:

- Glossary of psychological terms
- Glossary of methodological terms
- Systematic observation
- Complete instruments for assessment of knowledge, beliefs and attitudes relating to the consumption of tobacco and alcohol
- Examples of items to be included in the questionnaires for assessment of knowledge, beliefs and attitudes relating to the consumption of diverse types of addictive substances
- Analysis of the results of a quantitative assessment: calculation of indexes and tests of hypotheses
- How to cite documents

2. Commission. Strategies of community participation in local plans on drugs.
Technical advisory team. Social Development and Promotion
Product. Guide for promoting participation in local plans for prevention of drug dependencies

Guide for promoting participation in local plans for prevention of drug dependencies

Justification of this guide

When speaking of the preventive approach to drug dependencies at local level, reference is often made to the co-responsibility of the various social actors, organisations and institutions in the response to the problems relating to the consumption of drugs in a specific territory. This concept (co-responsibility) is operationalised by means of the participation and involvement of the diverse community agents and actors in the analysis of problems and in the planning, programming and application of preventive plans and actions in the territory.

It is important to favour and to stimulate community participation in all stages of the preventive intervention, from the beginning and not only at the time of applying activities. Community participation in the prevention of drug dependencies allows a better knowledge and a better analysis of problems and needs, while helping to prioritise preventive actions, con-

tributing to a more realistic estimation of the efforts which will have to be made to carry out such actions and making their application more feasible.

Procedure

A methodological proposal was presented which was based on the following:

- The compilation of qualitative information, the analysis of problems and difficulties, and the consideration of responses, strategies and guidelines for action.

Contents of the guide for promoting participation

This guide is intended for the municipal experts who work on the prevention of drug dependencies, presenting theoretical aspects and practical tools aimed to foster participative processes in the territory and to allow the development of Local Plans for Prevention of Drug Dependencies on the basis of a community model. In relation to theoretical aspects, it emphasizes the importance of community participation in the prevention of drug dependencies and the importance of what is involved by a change of working model in which the community and the pertinent groups and actors participate with a real capacity to influence the decisions which are made.

The *general functions of participation* and the functions which depend on the phases of a Local Plan for Prevention of Drug Dependencies are specified, including a reality analysis and a diagnosis of the problem, the design and preparation of the Plan, the application of the Plan's actions, and assessment and monitoring.

The *level of participation* which it is possible to reach within the frame of a Local Plan for Prevention of Drug Dependencies depends on the context of participation and real democracy existing in the community, and on the degree to which the political authorities are willing to «learn» from the community, in aspects ranging from a symbolic participation with information and consultation spaces to a real participation on three levels: discussion, joint action and community initiative.

Other topics which are dealt with in this guide include:

- The advantages and disadvantages of incorporating participative elements in a Local Plan for Prevention of Drug Dependencies.
- Participation facilitators and strategies favouring participation.
- Obstacles and difficulties with respect to participation and strategies to avoid or overcome them.
- When it is appropriate to work on one participation level or another: basic level (symbolic participation), intermediate level (from symbolic to real participation) and high level (real participation).
- How to approach a participative process in a Local Plan for Prevention of Drug Dependencies: initiation, preparation, participation and monitoring of participation.

The second part of this guide gives a *description of practical tools*:

- General keys to favouring attendance and participation in the working meetings of the Plan.
- Guidelines for moderating the meetings of a Local Plan for Prevention of Drug Dependencies.
- Group working techniques applicable to the meetings of a Local Plan for Prevention of Drug Dependencies: Philips 66, brainstorming, SWOT analysis.
- Semi-structured interviews with key informants as an instrument for gathering information and for achieving community involvement in a Local Plan for Prevention of Drug Dependencies.

The third part of the guide presents four *experiences of prevention* of drug dependencies in local spheres with participative components, ranging from a municipality of 6,700 inhabitants to one of 81,368 inhabitants.

La Diputación de Barcelona es una institución de gobierno local que trabaja conjuntamente con los ayuntamientos para impulsar el progreso y el bienestar de la ciudadanía.

La colección **Documentos de Trabajo** facilita a los agentes del mundo local documentación actualizada para contribuir a la mejora de la gestión de las políticas públicas locales.

Esta guía se dirige a los técnicos municipales que trabajan en planes, programas y proyectos locales de prevención de las drogodependencias que, teniendo que llevar a cabo una intervención preventiva, necesiten conocer la eficacia y la eficiencia de las acciones realizadas.

De una buena parte de los proyectos de prevención de drogodependencias que se están realizando en la provincia de Barcelona, no se evalúan las intervenciones realizadas por diferentes instituciones. Así pues, los objetivos de esta publicación son dar pautas que puedan ser útiles para evaluarlos; modificar la percepción de la evaluación como algo muy complejo e «inabordable» para que se convierta en accesible y presentar ejemplos prácticos de cómo evaluar que puedan adaptarse fácilmente a las necesidades y recursos de cada situación, y explicar cómo hacer un análisis y un informe de los resultados de la evaluación.



**Diputació
Barcelona**

Àrea de Benestar Social

Passeig de la Vall d'Hebron, 171
Llars Mundet
08035 Barcelona
Tel. 934 022 469
Fax 934 022 496
www.diba.cat/servsocials

