
Un nuevo paradigma en la evaluación de planes de acción preventiva

por la maestra María Elena Castro, el doctor Jorge Llanes
y la maestra Mónica Margain

Actualmente existe un gran debate sobre la evaluación de las intervenciones preventivas. Las instituciones y las personas encargadas de los programas y de la coordinación de actividades, así como las comunidades, se preguntan sobre la efectividad de las medidas preventivas y por saber si ellas cumplen con el propósito de evitar que ocurran ciertas conductas.

Existen dos corrientes básicas: una es la evaluación tradicional caracterizada por procesos de evaluación externa, en la cual es precisamente un agente externo quien determina los indicadores para medir el éxito de las intervenciones desde su propia perspectiva; mientras que en la segunda corriente se sostiene que los mejores evaluadores son aquellos que viven el proceso de la intervención: es la corriente denominada *autoevaluación*.

Otro punto de discusión es la medición del éxito. Generalmente la evaluación tradicional pretende utilizar instrumentos psicométricos que miden el efecto de las intervenciones, a la manera en la que se miden algunas dimensiones de la personalidad, de la inteligencia y de las habilidades cognitivas en las personas. Sin embargo, en el terreno de habilidades para la vida las preguntas son: cómo se mide la *resiliencia*, es decir, la capacidad de enfrentar con éxito la adversidad; cómo se mide el efecto de la práctica de técnicas de protección, de técnicas antiestrés; cómo se mide la organización comunitaria y las representaciones sociales de la comunidad sobre la violencia, la inseguridad, el autocuidado, etcétera.

En prevención, como en muchos otros campos de intervención, se distingue el proceso de los resultados y el impacto, y hay que responder a la pregunta: ¿qué es lo que se pretende medir y cómo se relaciona lo medido con los efectos de la intervención?

Desde nuestra perspectiva, en el terreno de la prevención del uso y abuso de sustancias y otros ries-

gos psicosociales, lo que se espera en cuanto a impacto social a largo plazo es una disminución significativa de las prevalencias de conductas de riesgo. Es importante señalar aquí que este es un enfoque distinto al dado por las definiciones *negativas* de la prevención, heredadas del modelo médico, que nos dicen que prevenir es evitar que algo ocurra (un trastorno psicológico, un fenómeno social o una enfermedad), debido a que ellas dificultaron por años la medición de los resultados de la prevención, pues llevaron a errores metodológicos en las evaluaciones, debido a que al hacer un *meta-análisis*, es decir, una evaluación de la evaluación, se hacía imposible afirmar que una población consumió o no consumió drogas por efecto de la intervención realizada.

La detención del desarrollo de una cultura de la evaluación ha sido provocada por diversas circunstancias, siendo las más significativas: 1) la definición *negativa* de la prevención: evitar que algo ocurra; 2) mediciones del impacto de la prevención realizadas sólo con encuestas epidemiológicas nacionales, y 3) el hecho de hacer intervenciones anónimas y masivas basadas en información con supuestos básicos erróneos (en los que subyace la creencia en la rigidez de la fórmula *información=concientización=disminución de las prevalencias*).

Estos tres elementos hicieron que gran parte de las instituciones se preocuparan más por la epidemiología, las campañas, la información y la cobertura, y menos por la eficacia de sus intervenciones, lo que fue un grave inconveniente para el progreso de la prevención, pues al asumir como verdad que una población informada es una población concientizada, y que esto daría lugar a una disminución de las prevalencias, desembocaba en un error. Esa aseveración, tan arraigada en las instituciones oficiales, llevó consistentemente a una evaluación nada favorable de la

prevención, pues en general los estudios epidemiológicos nacionales muestran que las cifras han crecido y por tanto se concluía de forma equivocada que la prevención no funciona. Esto en realidad es un error metodológico. Las líneas base de tipo epidemiológico aplicadas en dos momentos en el tiempo, evalúan las tendencias del fenómeno y son el efecto global de las políticas de atención, más que el efecto de la prevención. Las cifras nacionales incluyen poblaciones que han recibido prevención de diferente manera, con diferente dosis y en distintos momentos en el tiempo, además de incluir un porcentaje muy amplio que nunca ha recibido prevención. Por ello el enfoque actual asume que las mediciones para evaluar la prevención deben hacerse en poblaciones específicas que sí han recibido prevención y poblaciones también específicas que no la han recibido.

En la actualidad, así como hay cambios en el enfoque de evaluación, los hay también en otros aspectos preventivos que han permitido crear nuevas definiciones que ayudan en forma muy significativa a la evaluación.

Una de estas nociones importantes que han revolucionado la práctica preventiva en nuestro país, es la noción de estrategia y modelo, que se distingue de programa y material preventivo. Actualmente, un *programa preventivo* bien diseñado incluye una *estrategia* que toma los componentes exitosos de distintos *modelos preventivos* e incluye *materiales preventivos* basados en estos modelos. Así, los programas preventivos incrementan en forma muy significativa su probabilidad de éxito, y sobre todo en comparación con programas basados en modas del momento, sujetas a vaivenes de intereses políticos circunstanciales de una determinada institución pública, o de aquellos otros cuyos supuestos básicos que no han sido sometidos a investigación.

La consistencia en la evaluación es otra noción importante. Los planes de acción basados en modelos son susceptibles de evaluarse en su proceso, su impacto y sus resultados, porque el modelo tiene un marco teórico, una base de investigación, una hipótesis básica y clara, y materiales para la acción congruentes con todo lo anterior. Esto hace que un modelo sea susceptible de ser adaptado para una comunidad específica (*esta escuela, este barrio*) precisamente porque es diseñado con base en diagnósticos *autoevaluados* por la misma comunidad intervenida. Además, generalmente esta evaluación tiene un tiempo definido (un principio y

un fin), esto es, los planes de acción se ejercen en unidades temporales de ciclos preventivos que se renuevan en forma permanente, y que, al hacer un corte para la evaluación, permiten corregir el proceso para el siguiente ciclo. Esto favorece que una población específica sea estudiada y seguida a lo largo del tiempo.

Otro concepto importante es el de *intervención preventiva*, que ha venido a sustituir el de *acciones preventivas*. La *intervención* implica la definición precisa de un ámbito o campo de intervención, que devuelve el rostro y el nombre tanto a los que reciben el beneficio como a los que lo llevan. La prevención sale del anonimato; no se trata —por ejemplo— de *informar a la población* en una acción en la que se desconoce quien informa, para qué y a qué tipo de población. Una intervención preventiva va dirigida a pequeños colectivos que tienen rostro y nombre, y es conducida por personas específicas y no por una institución en abstracto o por medio del *radio, la televisión o Internet*. No está por demás añadir que estos medios audiovisuales, siendo de gran ayuda a la prevención, no son por sí mismos los que empujan a nuevos aprendizajes.

Las definiciones de prevención más utilizadas por todos los modelos preventivos exitosos que se aplican a nivel mundial, no parten ya de *evitar* que las personas se enfermen o que desarrollen trastornos sociales o psicológicos, sino de *promover* el ejercicio cotidiano de nuevos aprendizajes para vivir mejor. El aprendizaje de habilidades para la vida o de nuevas formas de organización, y por tanto de nuevas representaciones sociales de lo que significa para cada colectivo una vida segura o protegida, admite definiciones positivas susceptibles de ser *medidas*. Sin embargo, el concepto de medición aplicado a estas cuestiones sociales varía un poco de la psicometría, del examen de conocimientos o del diagnóstico médico de una enfermedad. Los aprendizajes preventivos y sus efectos son transmitidos a base de metáforas cuantificables, más que de mediciones exactas. Fenómenos tan complejos como el de *habilidades para la vida*, que pueden y deben variar de localidad a localidad, de cultura a cultura, son imposibles de medir por su complejidad, pero factibles de ser expresados en metáforas preventivas, que en muchas ocasiones la misma comunidad construye. Muchas son las metáforas que se utilizan actualmente en prevención, desde la metáfora del semáforo,¹ que es la que usamos en Inepar para expresar la magnitud del riesgo que es percibido o reportado por una

población: rojo=alto riesgo, amarillo=mediano riesgo y verde=protección, hasta la del termómetro para calificar los climas comunitarios: azul=frió, rojo=caliente, gris=neutro. Ellas han resultado útiles y aplicables a cualquier otra metáfora que dé claridad a la expresión de fenómenos complejos: el grado de luminosidad, para hablar del grado de fortalecimiento o del éxito para enfrentar los riesgos, es decir, para hablar de la resiliencia; o bien elementos de significación semántica para una cultura o colectivo específicos, que logran comunicar su percepción social sobre el grado de seguridad y/o peligro percibido. A la prevención actual le importa categorizar los climas, las habilidades socioafectivas, el aprendizaje de técnicas antiestrés, el tipo de organización comunitaria, etcétera, por lo que son necesarias este tipo de metáforas, que comunican el grado de participación o la magnitud de la resistencia a nuevos aprendizajes, por ejemplo. Estas mediciones son muy valiosas porque expresan las sensaciones y percepciones de la propia comunidad que vive y sufre las problemáticas; siendo esta una metodología propia de las ciencias sociales, que no tiene mucho que ver con los estudios experimentales de laboratorio y con diseños clásicos de tipo experimental, pero que también permite hacer comparaciones antes y después de la intervención, comparar comunidades intervenidas y no intervenidas y hacer seguimientos. Sin embargo, su distinción es que se basan en autoevaluaciones de la propia comunidad y no en juicios externos de un tercero que no ha participado en el proceso, y tampoco aplican *instrumentos de medición* para explicar los fenómenos derivados de la intervención, sino que se aplican instrumentos que construyen metáforas válidas y sensibles para expresar el efecto de la intervención. Así, este nuevo paradigma de evaluación de los fenómenos comunitarios es muy diferente al de la evaluación tradicional que pide ser legitimada por un agente externo y pretende medir con exactitud psicométrica.

La prevención no es un asunto de especialistas, es un asunto comunitario. En materia de habilidades para la vida, el asunto de la evaluación es muy diferente a la evaluación de aprendizajes cognitivos que hace el maestro o del proceso curativo de una enfermedad que hace el médico.

Afortunadamente, ahora muchos trabajadores del campo han corregido los inconvenientes mencionados haciendo posible evaluar la prevención, simplemente usando un paradigma adecuado. Este

nuevo paradigma basado en la autoevaluación y la medición y conteo de metáforas, ha resultado útil y ha permitido avanzar con seguridad y rapidez, pudiéndose observar logros en los pocos años recientes que no se tuvieron en décadas pasadas.

Finalmente, es importante resaltar la noción de que si el objetivo a largo plazo sigue siendo disminuir las prevalencias de conductas de riesgo, y que estas disminuciones expresan fenómenos subyacentes complejos que son difíciles de medir con exactitud, si son susceptibles de expresar, esto forma parte de la autoevaluación y es importante no solamente porque informa sobre la eficacia, sino sobre todo porque desencadena un proceso que *empodera*, es decir, que habilita a las comunidades y a los profesionales o líderes que trabajan con dichas comunidades, para aprovechar y construir oportunidades de crecimiento; entendiéndose como una organización autónoma para procurar el buen vivir.

Este cambio del paradigma pasivo al que se había sometido a las comunidades y bajo el cual son los expertos, las agencias y los evaluadores externos los que saben, es ahora sustituido por el paradigma que sostiene que es la comunidad que trabaja por y para su propio desarrollo, junto con los promotores que trabajan en dichas comunidades, quienes saben, conocen y evalúan aquello que permite introducir las medidas con las cuales se logra vivir mejor.

La evaluación en el Modelo Chimalli

Muchos institutos, centros de prevención y universidades del mundo, se han dado a la tarea de establecer indicadores de evaluación para hacer más claro el proceso preventivo. Nosotros hemos adoptado una metáfora sencilla y clara denominada La Pirámide de la Eficacia² y la hemos adaptado a los procesos por los que las comunidades y sus promotores transitan al aplicar el Modelo Chimalli en un plan de acción comunitario, medido con instrumentos de autoevaluación dirigidos a la propia comunidad y al promotor con el que trabajan.

Al llenar la pirámide de la eficacia con planes de acción definidos y basados en modelos, lo que hacemos es reunir evidencias científicas que permitan definir los criterios y la normatividad de una buena práctica preventiva.

Los instrumentos de autoevaluación que se utilizan dentro del Modelo Chimalli son el Índice, el Irapaco y las Escalas de Actitud. El Inventario de Disposición al Cambio en la Comunidad (Índice) grafica,

PIRAMIDE DE LA EFICACIA

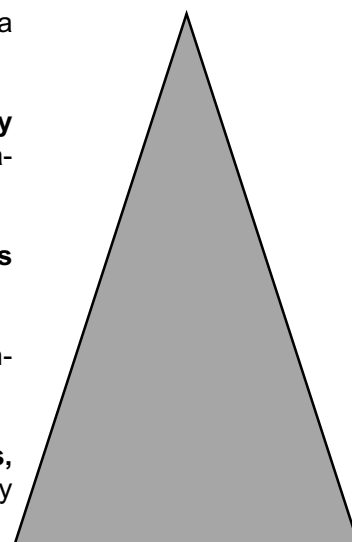
Nivel 5: Amplio nivel de réplica, estrategias de transferencia tecnológica de intervenciones probadas con métodos científicos.

Nivel 4: Evaluaciones con grupos y/o comunidades intervenidas y no intervenidas con seguimiento y meta-análisis. Se evalúan las evaluaciones.

Nivel 3: Una intervención evaluada, con mediciones antes y después de la intervención, y publicada en revistas científicas.

Nivel 2: Reportes por escrito de la experiencia hechos públicos en congresos, memorias, revistas de divulgación, etcétera.

Nivel 1: Evidencia anecdótica, testimonios por parte de participantes, reportajes, etcétera, de personas que han participado en el plan de acción y que dan cuenta de la influencia en la percepción.



en una escala de menor a mayor, el grado en el que la comunidad está dispuesta a actuar para poner en marcha un plan de acción, para conocer los riesgos a los que están expuestos, para poner en práctica la prevención y para utilizar sus recursos dentro de su propia vida comunitaria y así ejercer en su vida cotidiana acciones preventivas que permitan el desarrollo de actitudes y habilidades de protección.

En el Índice se considera a los miembros voluntarios de las redes Chimalli como informantes calificados a la manera del método de Jellineck,³ utilizando como técnica de recolección la discusión grupal y evaluando el tipo de disposición al cambio, mediante el consenso de cuatro actitudes comunitarias básicas que sitúan a la comunidad en resistencia, sensibilización, participación o autogestión. Esta escala fue adaptada de los trabajos de Oetting y cols.⁴ quienes han trabajado sobre el tema de comunidades listas para el cambio, enfatizando la necesidad de que la comunidad participe para incrementar sus posibilidades de autogestión.

El mismo método se utiliza para el Inventario de Riesgo-Protección Comunitario (Irpaco), otro instrumento de evaluación rápida que permite sistematizar la percepción de las comunidades sobre los riesgos, evaluando la presencia en tres categorías que utilizan la metáfora del semáforo y permiten conocer los *focos rojos* detectados por la comunidad, indicando las prioridades de trabajo de acuerdo a la auto evaluación comunitaria. Con este diagnóstico de riesgo se eligen las habilidades de

protección a trabajar durante los planes de acción Chimalli, que son ciclos de prevención de 12 a 16 semanas de duración.

Las habilidades socioafectivas de cada grupo de trabajo también se miden, pero con un instrumento que sistematiza la percepción de cada promotor sobre las habilidades del grupo. Esto constituye el Cuestionario de Habilidades Protectoras (CHP), formado por 52 afirmaciones y sobre el que ya se tienen estudios de consistencia de la autorespuesta del promotor, en una investigación realizada con promotores del DIF Nacional que trabajaron 14 planes de acción Chimalli en tres estados de la República durante el año de 1999.⁵ Este tipo de evaluación se utiliza también para estudiantes de enseñanza media superior.

El material preventivo Chimalli escolar, para primarias y secundarias, cuenta con Escalas de Actitud que valoran 42 actitudes y que son respondidas por los preadolescentes y adolescentes en términos riesgo o protección, permitiendo también una clasificación categórica dentro del continuo riesgo-protección, de acuerdo a la auto respuesta y el autoreporte del estudiante.⁶

Todos estos instrumentos de autoevaluación del Modelo Chimalli han permitido avanzar en la pirámide de la eficacia a lo largo de los últimos 10 años. Actualmente contamos con testimonios grabados de chavos banda, madres adolescentes, comunidades marginadas y escuelas y, así mismo, con mediciones registradas en planes de acción en escuelas y comunidades margina-

das. Estamos terminando un estudio que incluye comparaciones de comunidades intervenidas y no intervenidas y seguimientos evaluados con historias de vida. Todas estas evaluaciones, en su conjunto, permitirán una reflexión profunda entre pares, es decir, colegas que también evalúan sus propios modelos (Grupo Interinstitucional de Evaluación de Modelos Preventivos en México⁷), con la intención de automatizar el proceso de transferencia tecnológica y poder estar en posibilidad de iniciar una disseminación a gran escala en un futuro próximo.

También la aplicación de este modelo de autoevaluación nos ha permitido avanzar a la construcción de un Modelo de Autoevaluación para el Empoderamiento de Organizaciones Civiles.⁸

Al aplicar estos instrumentos, hemos observado con el Índice cómo las comunidades incrementan su participación y con el CHP cómo los grupos aprenden habilidades de protección que mejoran sus vínculos interpersonales. También hemos podido constatar en las comunidades donde se han hecho más de dos ciclos preventivos, cómo disminuye la percepción de la presencia de riesgo. Sin embargo, debe hacerse notar que este fenómeno solo se da en las comunidades que aplican con fidelidad el Modelo Chimalli, cuyos planes de acción son conducidos por promotores identificados con la causa (generalmente aquellos que pertenecen a instituciones sensibilizadas como las dedicadas a la asistencia social y/o a escuelas habitadas a participar en programas de gestión escolar). Cuando esto no es así, el proceso no tiene óptimos resultados y se requiere sensibilizar a maestros y promotores por un lapso más largo.

El equipo diseñador del Modelo Chimalli también ha practicado la autoevaluación mediante un proceso de acompañamiento y seguimiento por el cual, a la vez que confronta sobre los retos y logros, también se empodera y fortalece el proceso institucional.

Para llegar a la última fase de la pirámide de la eficacia, se deberán sistematizar todos los fenómenos institucionales y políticos que son indispensables de tomar en cuenta, para definir la estrategia de disseminación a gran escala en torno a la prevención. Se trata de un reto enorme que enfrenta también enormes desafíos, pero al cual estamos convocados todos quienes pensamos en la prevención enfocada desde la organización comunitaria y el aprendizaje de habilidades para la vida.

Recuerda que nuestra intención con la construcción de este espacio llamado Cuadernos de Prevención, es la de convocar con nuestros escritos a la reflexión colectiva y al diálogo, para lo cual te invitamos a escribirnos y compartir tus reflexiones con nosotros a través de nuestra página web (www.inepar.com.mx) o a nuestro correo electrónico (ineparac@prodigy.net.mx). Gracias.

Notas

¹ Fauske, S, y cols. (1966), *Communicating Alcohol and Drug Prevention Strategies and Models across Cultural Boundaries*, Preliminary Report on An iloM/WHO/UNDCP (International Labour Office/World Health Organization/United Nations International Drug Control Program). Interagency Program. Substance Use and Misuse, 31(11-12) 1599-1617

² Research-based Prevention: A Pyramid for Effectiveness Developed by Peter Mulhall, Ph.D & Carol Hays, Ph.D. Center for Prevention Research and Development Institute of Government and Public Affairs University of Illinois.

³ Llanes, J., "Métodos de Evaluación Rápida. Metodología para la elaboración de estudios epidemiológicos a nivel nacional y local y estudios para grupos especiales relacionados con las adicciones" en *CONADIC Informa*, Conadic/Secretaría de Salud, México, 2003, pp. 113-121.

⁴ Oetting, E., Donermeyer, J., et al., "Assesing Communities Reading for Prevention", *The International Journal of Addictions*, USA, 1995, 30(6), pp. 659-683.

⁵ Castro M. E. , Llanes, J., Margain, M., Carreño, A., "Evaluación de planes de acción preventiva con el modelo Chimalli-DIF". *Psicología Iberoamericana: Prevención del uso indebido de drogas*, Nueva Época, Departamento de Psicología, UIA, vol. 7, México, diciembre 1999.

⁶ Castro M. E. y cols, *Éntrale a las protecciones. Estrategias de intervención para la escuela secundaria*, Editorial Pax, México, 2002. Paso cinco: evaluación de proceso y de resultados, pp. 13-14.

⁷ "Modelos preventivos", en Serie Planeación del Consejo Nacional Contra las Adicciones, México, Junio, 2003.

⁸ Inepar, México, 2003 (en proceso)