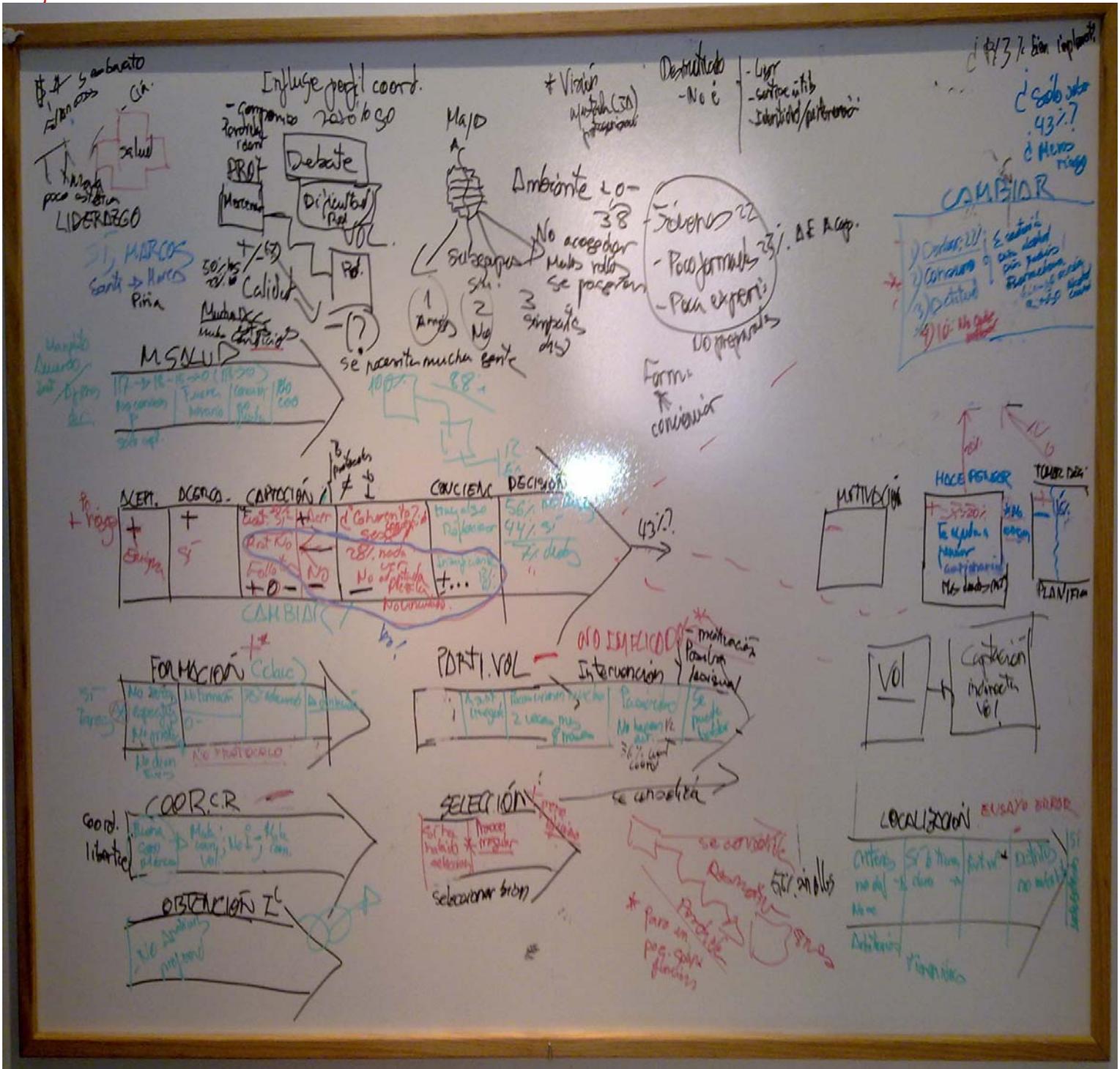


INFORME DE EVALUACIÓN SALES HOY?



Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española

Humanidad

Imparcialidad

Neutralidad

Independencia

Voluntariado

Unidad

Universalidad

■ **Equipo de trabajo**

Humanidad
Imparcialidad
Neutralidad
Independencia
Voluntariado
Unidad
Universalidad

Director de la evaluación:

Juan Andrés Ligerero Lasa

Evaluador principal:

Óscar Franco Alonso

Evaluadoras de apoyo:

Ana Pariente Cañamero

Ofelia García Gómez

Trabajo de campo:

Ofelia García Gómez

Óscar Franco Alonso

Juan Andrés Ligerero Lasa

Ana Pariente Cañamero

■ Agradecimientos

El Equipo de Evaluación quiere agradecer a todas las personas e instituciones que de una forma u otra nos han apoyado en la labor de este trabajo.

Al Equipo de *Sales Hoy?* por su permanente disposición a colaborar con la evaluación, así como el buen trato y recibimiento dispensado en todo momento.

A los programas: Energy Control, Zona Druida, Madrid Salud, Som.nit, Zona Clave, Creative, Exeo, Testing, Preben Jaia, Servicio de Atención a la Movida y el Rey o Bufón, por la información que nos han proporcionado.

A Madrid Salud por su colaboración e interés en la evaluación.

A todas las personas que se han prestado a responder a los cuestionarios. Sin ellas no hubiera sido posible nuestro trabajo.

Al centro documental del Plan Nacional Sobre Drogas por sus contribuciones bibliográficas.

Equipo de Evaluación

■ Índice

	EQUIPO DE TRABAJO	2
	AGRADECIMIENTOS	3
	ÍNDICE	4
	1. INTRODUCCIÓN	6
	1.1. PRESENTACIÓN	6
	1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO SALES HOY?	8
	2. INFORME RESUMEN	11
	3. METODOLOGÍA Y PLANTEAMIENTO DE PARTIDA	15
	3.1. PROCESO METODOLÓGICO Y TÉCNICAS EMPLEADAS.....	15
	3.1.1. ELABORACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA.....	15
	3.1.2. PROPUESTA DE EVALUACIÓN.....	15
	3.1.3. ACOTACIÓN DESGLOSADA DE LA EVALUACIÓN	16
	3.1.4. NECESIDADES INFORMATIVAS, PREGUNTAS DE EVALUACIÓN Y PROPUESTA METODOLÓGICA	18
	3.1.5. ELECCIÓN Y DISEÑO DE TÉCNICA.....	20
	3.1.6. ELECCIÓN METODOLÓGICA	24
	3.1.7. ANÁLISIS Y TÉCNICAS	26
	3.1.8. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	28
	3.2. TRABAJO DE CAMPO	28
	3.2.1 ANÁLISIS DOCUMENTAL Y FUENTES SECUNDARIAS	29
	3.2.2. OBSERVACIÓN PARTICIPANTE	33
	3.2.3. ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS	34
	3.2.4. CUESTIONARIOS A USUARIAS	35
	3.2.5. CUESTIONARIOS AL EQUIPO DE INTERVENCIÓN.....	37
	3.2.6. GRABACIÓN A USUARIAS.....	37
	3.2.7. EL GRUPO DE DISCUSIÓN	38
	3.2.8. ESTUDIO BIBLIOGRÁFICO	38
	3.2.9. CONSIDERACIONES FINALES.....	38
	4. INFORME DE DATOS	39
	4.1. RESULTADOS/OBJETIVOS	41
	4.1.1. CÓMO ABORDAR EL ANÁLISIS DE EFICIENCIA E IMPACTO	42
	4.1.2. CONSIDERACIONES GENERALES PARA LAS COMPARACIONES M1- M3 Y M1-M2	43
	4.1.3. ESTRATEGIA BÁSICA 1: COMPARACIÓN M1-M3.....	45
	4.1.4. ESTRATEGIA BÁSICA 2: COMPARACIÓN M1-M2.....	52
	4.1.5. ESTRATEGIA BÁSICA 3: VALORACIONES DEL EQUIPO DE INTERVENCIÓN SOBRE LAS USUARIAS	60
	4.1.6. ESTRATEGIA BÁSICA 4: VALORACIONES CUALITATIVAS SOBRE LOS RESULTADOS	60
	4.1.7. ESTRATEGIA BÁSICA 5: DATOS DE DERIVACIONES	61
	4.2. PROCESOS	63
	4.2.1. PROCESO 1: INTERVENCIÓN.....	63

	4.2.2. PROCESO 2: LOCALIZACIÓN DE INTERVENCIONES.....	68
	4.2.3. PROCESO 3: COMUNICACIÓN CON MADRID SALUD	70
	4.3. ELEMENTOS ESTRUCTURALES	72
	4.3.1. POSICIONAMIENTO.....	72
	4.3.2. RECURSOS HUMANOS	72
	4.3.3. RECURSOS MATERIALES.....	75
	4.4. PERTINENCIA.....	76
	5. DISEÑO TEÓRICO.....	105
	5.1. INTRODUCCIÓN.....	83
	5.2 CONCLUSIONES EXTRAÍDAS DE LA LITERATURA.....	833
	5.2.1 TEORÍAS E IDEAS SUBYACENTES A LAS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN	833
	5.2.2 PRECEPTOS GENERALES DE LA PREVENCIÓN.....	888
	5.2.3 HALLAZGOS DE LAS EVALUACIONES E INVESTIGACIONES	91
	5.3 REVISIÓN TEÓRICA DE SALES HOY?.....	977
	5.3.1 AJUSTE DEL PROGRAMA A LOS MODELOS TEÓRICOS.....	977
	5.3.2 PERTINENCIA DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS.....	99
	BIBLIOGRAFÍA.....	103

Universalidad

Unidad

Voluntariado

Independencia

Neutralidad

Imparcialidad

Humanidad

■ Introducción

1.1. Presentación

Este documento es un informe de evaluación del proyecto de “*Prevención y reducción de riesgos en el consumo de drogas en zonas de ocio nocturno y dirigido a la población joven, denominado Sales hoy?*”, desarrollado por Cruz Roja Española Comunidad de Madrid (en adelante Cruz Roja).

Esta evaluación surge ante el interés de Cruz Roja por evaluar este tipo de proyectos de prevención de drogas y conocer los resultados que están obteniendo, para lo cual se ha recurrido a la contratación de un equipo de evaluación externo (en adelante Equipo de Evaluación). Durante todo el proceso ha habido una colaboración muy estrecha entre ambas partes.

La evaluación es un proceso sistematizado de recogida y análisis de la información para poder comprender y dotar de significado a lo que ocurre en un programa o servicio, de lo que se deducen unos juicios específicos que permiten rendir cuentas y tomar las decisiones adecuadas que incidan en la mejora. Esto es lo que se ha pretendido hacer con este trabajo, obtener una información rigurosa y sistematizada que permitiese incrementar el conocimiento a los actores implicados y dotara de nuevos significados la realidad del proyecto y de su intervención.

Este informe ha implicado un intenso esfuerzo con el objeto de ofrecer una información útil para los distintos actores implicados en el proyecto, intentado en todo momento responder a sus necesidades y requerimientos informativos.

La evaluación que aquí se presenta es el producto de una serie de decisiones en cada una de las fases del proceso, desde el encargo hasta la entrega final. Las fases principales comprenden la acotación del objeto, la delimitación del ámbito de actuación, las preguntas a responder, la identificación de las diferentes dimensiones de las que se compone el proyecto, las técnicas, tanto cuantitativas (análisis estadísticos, fuentes secundarias, series temporales) como cualitativas (entrevistas semi-estructuradas, grupos de discusión, observación), las elecciones metodológicas, los análisis y la interpretación que nos permita comprender el porqué de los resultados. Para lograr una información confiable y rigurosa la evaluación tiene que responder a un proceso sistemático y razonable.

El informe intenta resumir todo este trabajo contando los aspectos clave del proceso y los resultados que se han obtenido.

En el **Capítulo 1**, se presenta la estructura y unas primeras pinceladas de la evaluación, así como la contextualización del objeto de estudio, el proyecto *Sales Hoy?*

En el **Capítulo 2** se incluye un breve resumen con las principales ideas y conclusiones obtenidas en la Evaluación de *Sales Hoy?*, con una información que se aborda de forma más detallada en los capítulos siguientes.

El **Capítulo 3** aborda las diferentes etapas del proceso de evaluación y las elecciones metodológicas en las que se basa el informe (teoría del cambio, técnicas de medición, estrategias metodológicas, etc.). Asimismo, se describen las diferentes etapas en el diseño y desarrollo de la evaluación, desde la propuesta hasta la aplicación de las técnicas. Antes de la presentación de los datos, se ha incluido un breve resumen donde se exponen las principales ideas y conclusiones que posteriormente se presentan de forma más detallada.

En el **Capítulo 4** se procede al análisis de la información obtenida. Para poder comprender el objeto en su totalidad, se ha analizado la intervención en función de la lógica de la teoría del sistema diseccionándola en cuatro dimensiones.

- Resultados/objetivos.
- Procesos.
- Elementos estructurales.
- Diseño teórico.

Para la presentación del informe de datos se ha optado por utilizar tres enfoques complementarios que faciliten la comprensión al lector:

1. Breve resumen con las principales conclusiones e ideas de las diferentes dimensiones.
2. En cada apartado se incluye un título resumen de la idea a desarrollar.
3. La información detallada.

En el **Capítulo 5** se aborda un análisis del diseño teórico del proyecto, donde se incluyen referencias relacionadas con los programas de prevención y de reducción de riesgos.

1.2. Descripción del proyecto Sales Hoy?

Sales Hoy? es un proyecto de prevención y reducción de riesgos asociados al consumo de drogas que se desarrolla en zonas de ocio recreativo nocturno en la ciudad de Madrid, gestionado por Cruz Roja. Comenzó su andadura como proyecto piloto en 2007 y desde entonces se le ha dado continuidad ante las positivas valoraciones de la población destinataria, con la participación en diversos momentos de Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid), aportando financiación y coordinando el desarrollo de la actividad.

El **principal objetivo** de *Sales Hoy?* es ofrecer una información veraz y objetiva adaptada a las necesidades de los jóvenes (consumidores o no), así como favorecer el consumo responsable entre aquellos que ya se han iniciado en él, de forma que se incida en la meta principal: prevenir el consumo de drogas en la población adolescente y juvenil y dar a conocer los riesgos derivados del consumo de estas sustancias.

OBJETO DE EVALUACIÓN

El objeto del trabajo es realizar la evaluación del proyecto de "Prevención y reducción de riesgos en el consumo de drogas en zonas de ocio nocturno y dirigido a la población joven - Sales hoy?- desarrollado por CRECM.

Figura 1: Objeto de la Evaluación

Los **objetivos específicos** descritos en la documentación del proyecto son:

1. *Ofrecer información veraz y objetiva adaptada a las necesidades de los jóvenes que están en contacto con las drogas, promoviendo la información en los espacios de ocio de los jóvenes, favoreciendo la resolución de dudas o informando de los efectos y riesgos derivados del consumo de sustancias.*
2. *Favorecer el consumo responsable de sustancias en aquellos jóvenes consumidores a través de la reducción de riesgos: alertando a los jóvenes consumidores acerca de aquellas actitudes que pueden agravar las consecuencias del consumo de drogas (como el policonsumo), educando en el consumo responsable y sensibilizando a los jóvenes consumidores de la importancia de la toma de decisiones que ellos mismos realizan con respecto al consumo y los riesgos que ello supone.*

En la misma documentación del proyecto, la intervención se fundamenta en un modelo teórico que defiende la idea de la drogodependencia como un modelo complejo donde, tanto en su inicio como en su mantenimiento, confluyen multitud de formas y factores (sociales, educativos, personales, familiares, etc.), ya que el perfil de los consumidores varía en función de la edad, la/s sustancia/s consumida/s, el estilo de vida, la finalidad con la que se consume, etc. Surge la necesidad de adoptar una perspectiva más amplia que evite caer en una concepción reduccionista de esta problemática asociándola con la enfermedad, la delincuencia o como la única alternativa de ocio.

Además, el proyecto intenta cubrir un espacio desatendido en parte por las instituciones y los programas de prevención, que son los lugares de ocio nocturno donde se asocia consumo de sustancias y fin de semana. Se trata de un nuevo patrón de consumo entre los jóvenes y desde Cruz Roja surge la necesidad de atender la realidad de estos jóvenes en situación de riesgo con una nueva forma de actuar

basada en el reconocimiento y la reducción de riesgos relacionados con el ocio recreativo nocturno.

La acción del proyecto se sustenta en informar y prevenir en el consumo desde un enfoque distinto, intentando acceder a su población objetivo, los jóvenes, a partir de una escenografía, una estética y unas actividades acordes a esta población. Así, apoyados en una carpa itinerante, un Equipo de Intervención compuesto por un técnico contratado y un grupo de voluntarios, acude cada fin de semana a los lugares de ocio nocturno de los jóvenes para realizar las actividades que se incluyen en *Sales Hoy?*.

Los materiales informativos y las actividades del proyecto parten de un diseño atractivo que logre captar la atención de los jóvenes y, en consonancia, con la estética del entorno en el que se inserta: música de fondo, diseño “moderno”, colores llamativos o Equipo de Intervención compuesto por gente joven.

Los **elementos clave del proyecto** son los siguientes:

1. La **carpa**, como espacio físico donde se realizan actividades con las usuarias¹ y se concentra la logística, juega un papel muy importante dentro de la escenografía, ya que debe integrarse en el contexto del ocio nocturno y captar la atención de los jóvenes.
2. El Equipo de Intervención **resuelve dudas e informa** sobre el objeto del programa. Para ello, cuenta con un puesto informativo localizado en la carpa con folletos informativos sobre el consumo de drogas, en el que los miembros del equipo además intervienen con la población objetivo.
3. El Equipo de Intervención también establece contacto, no solamente con las personas que se aproximan a la carpa, sino con aquellos jóvenes a los que se acerca para **establecer conversaciones y poder intervenir** a través de estrategias como la realización de un breve cuestionario sobre consumo de drogas.
4. Se realizan **juegos o actividades** dentro de la carpa (gafas de simulación etílica, prueba del alcoholímetro, etc.), como una herramienta que, de forma lúdica, posibilita la **toma de conciencia** de las usuarias.

El **Equipo de Intervención** está compuesto por:

1. Un Técnico contratado (o Coordinador): es un profesional en prevención de drogodependencias cuyas funciones son, entre otras: planificar, desarrollar, evaluar, dinamizar, dar soporte al resto de miembros del Equipo, intervenir con las usuarias o preparar la logística.
2. Un grupo de Monitores: Compuesto íntegramente por voluntarios de Cruz Roja. *Son jóvenes con formación en el campo de la salud y las drogodependencias y con conocimiento de las circunstancias en que se desarrolla el ocio nocturno de Madrid.* Sus funciones son
 - a. *Participar activamente en las intervenciones como agentes de prevención, transmisores de información, a través del asesoramiento y orientación, incluyendo la evaluación de las intervenciones realizadas.*
 - b. *Colaborar en la preparación del material y la infraestructura necesaria para las intervenciones.*

¹ Para evitar la duplicación del masculino y femenino, se adopta el recurso estilístico de decidir a priori el género de los agentes implicados en el informe. Para usuarias se utilizará el género femenino. Para voluntarios y técnicos, se utilizará el masculino.

Pasan por un proceso formativo con el fin de lograr la capacitación adecuada para el trabajo con jóvenes en este ámbito. Este proceso consta de varias fases: tras la realización de un curso de Formación Básica y otro de Formación Específica de Intervención con Jóvenes, desarrollan además un curso de Formación Especializada en el programa de 15 horas (teórico-prácticas) de duración (Doc. Proyecto.)

El proyecto, que por lo general se lleva a cabo los fines semana, desarrolla sus intervenciones específicas planificadas anualmente los viernes y sábado por la noche, entre las 19:45 y la 01:15 horas. Las intervenciones se desarrollaron en dos fases o franjas horarias:

1. *Primera fase: Desde las 19:45h hasta las 22:30h.*
 - a. *Orientada fundamentalmente a un colectivo adolescente de entre 15 y 17 años.*
2. *Segunda fase: Desde las 22:30h hasta la 01:15h.*
 - a. *Con la intención de llegar a un colectivo de más edad, desde los 18 hasta los 30 años. (Doc. Proyecto).*

El proyecto se ubica en lugares de referencia en el ocio nocturno de la ciudad como Moncloa, Tribunal, Chueca, Lavapiés o Plaza de España entre otros.

El equipo de *Sales Hoy?* lleva a cabo fundamentalmente dos tipos de intervenciones:

1. *Directa: asesoramiento, atención a dudas y necesidades de orientación y diálogo, buscando un acercamiento a los jóvenes a partir de las relaciones basadas en el respeto y la "cercanía psicológica" al pertenecer al mismo colectivo social, con el fin de lograr atender a sus necesidades de información veraz, e imparcial, estableciendo un diálogo real y libre de juicios morales con la población consumidora.*
2. *Indirecta: ofreciendo información sobre drogas y relaciones sexuales seguras, drogas y efectos sobre la conducción, entre otros, y mediante material divulgativo al que los jóvenes pueden acceder libremente y sin ningún tipo de compromiso por su parte. (Doc. Proyecto).*

■ Informe resumen

A continuación se presentan de forma resumida las principales ideas y conclusiones que se extraen de la Evaluación de *Sales Hoy?* En los capítulos siguientes se incluye información más detallada sobre cada una de las dimensiones.

RESULTADOS/OBJETIVOS

CONCLUSIÓN DE RESULTADOS/OBJETIVOS

En la comparación M1-M3 hay indicadores positivos que hablan de cumplimiento de los dos niveles de objetivos. Los porcentajes de cambios oscilan entre el 15% en “Cambio” y entre el 18%-20% en “Planificar”. En “Toma de conciencia” los logros son menores, entre un 8% y 9%. Cuando se analiza la relación entre los dos niveles de objetivos, es decir, cuándo se quiere saber si los objetivos operativos logran el objetivo final, se detecta que hay una relación entre “Planificar” y “Cambio” del 14.5%.

Dado que en el momento de la M1 se ha implementado todavía poco la acción preventiva se hipotiza que los cambios observados pueden ser debidos a la existencia de una predisposición de la población que se acerca a la carpa a cambiar hábitos relacionados con el consumo. Esto no ocurría en la población M3 porque el cuestionario se hacía sin el respaldo de la carpa.

En la comparación M1-M2, después de tres semanas de la intervención, se detectan cambios sustanciales con relación al consumo. Se reduce entre medio día y un día a la semana el consumo y en torno a tres días y medio al mes. Se incrementa en un 18% y 14% la percepción de riesgo de consumir alcohol y hachís, indicador que mantiene una correlación inversa proporcional al consumo de dichas sustancias.

La toma de conciencia, “reflexión” se ha incrementado, están menos seguros con relación a las drogas (hay variaciones desde 12% a 27%) y se incrementa el número de dudas. Hay relación entre “reflexión” y “cambio”. Es decir, un incremento de la reflexión provoca una disminución entre el 10% o el 20% en las variables mediadoras de consumo. Con “planificar” no se aprecian cambios y por tanto tampoco guarda relación con la meta final.

Por lo tanto, estos datos vienen a decir que se logra parte del objetivo final “cambio” y que al menos la teoría del programa funciona (entre un 10 y 20%) con el objetivo de “reflexión” (no se puede saber si esto ocurriría con “planificación”).

Este escenario es coherente con las informaciones provenientes de otras estimaciones. Los técnicos del programa piensan que alrededor de un 37% tienen motivación para el cambio y que no manifiestan resistencias. También en opinión de los entrevistados y de los voluntarios entienden que el programa ayuda y cambia la actitud. Si además tomamos las derivaciones como un indicador de que hay interés efectivo en cambiar algo de su vida, ya que han solicitado recursos concretos o han dado sus datos personales, se obtiene que un 22% estaría en esa situación de predisposición hacia el cambio. No obstante, hay que tener en cuenta que hay opiniones discordantes: en la grabación (a usuarias) se recoge alguna opinión que no se ven los resultados al programa.

En el caso del objetivo de la reflexión ocurre algo parecido. El Equipo de Intervención valora que entre un 43% y un 68% toman conciencia o formulan dudas. Los informantes explicitan claramente que el proyecto *te ayuda a pensar, a reflexionar, te conciencia*.

En cambio, con la planificación las cosas no están tan claras. Tiene resultados positivos y significativos en M1-M3 pero hay dudas sobre si dichos cambios son debidos a una predisposición precisa, esto no se repite en M1-M2. Las valoraciones del Equipo de Intervención dicen que planifican el cambio un 30%, el porcentaje más bajo valorado por los técnicos. No se han registrado verbalizaciones cualitativas sobre que el programa logre algo en este objetivo.

Observando la dirección de las informaciones de las cinco fuentes de estimación, se puede **concluir** que:

- **Objetivo “Cambio”:** Se logra entre un 14%-18% y se reduce el consumo entre medio o un día a la semana o tres y medio al mes.
- **Objetivo “reflexión”:** Se logra un cambio entre 12% y 27%.
- **Objetivo “planificación”:** No hay datos concluyentes sobre el logro.
- **Además, el incremento de la reflexión contribuye al “cambio” entre un 10% y 20%.**

PROCESOS

CONCLUSIÓN PROCESO 1 DE INTERVENCIÓN

Se ha constatado el buen funcionamiento del proyecto para captar y atraer la atención de usuarias, pero al mismo tiempo existe una pérdida de calidad y efectividad según avanza la intervención en fases y grado de profundidad. Los protocolos de actuación no están claros, hay actitudes dentro del equipo que a veces no son las más adecuadas (pasividad, falta de participación, etc.). Es probable que esto provoque una pérdida de usuarias desde la captación al resto de fases (sólo un 12,6% realizan posteriormente los juegos y actividades). Sin embargo, existen momentos de buen funcionamiento general donde la intervención es capaz de adaptarse a los diferentes perfiles y necesidades de las usuarias. Tiene buenos niveles de derivación a servicios especializados y la intervención es valorada positivamente por diferentes actores (especialmente las usuarias). La cuenta de correo electrónico habilitada para resolver dudas a usuarias apenas recibe correos.

CONCLUSIÓN PROCESO 2: LOCALIZACIÓN DE INTERVENCIÓNES

La localización física de la intervención es un elemento estratégico, ya que gran parte del éxito o fracaso de la intervención depende del acceso a la población objetivo del proyecto. Los criterios parecen estar más ligados a la experiencia acumulada sobre aquellos criterios y factores que facilitan acceder a las usuarias (como paradas de metro, conciertos o fiestas populares). Se trata de un proceso guiado por el ensayo, prueba y error. Hay participación en la planificación de las localizaciones de los voluntarios y están abiertos a las propuestas de instituciones como Madrid Salud. No se realizan análisis reales sobre las implicaciones de elegir un determinado lugar, como la posible existencia de sesgos por el barrio de procedencia.

PROCESO 3: COMUNICACIÓN CON MADRID SALUD

Uno de los objetivos del proyecto es derivar a aquellas usuarias que necesitan de una atención más individualizada a otros recursos especializados, en particular a los TPD de Madrid Salud. No se ha consolidado ninguna derivación. Parecen existir dificultades en la coordinación (horarios, desconocimiento o inexistencia de protocolos). Existe la intención estratégica en ambas instituciones de lograr una coordinación fluida en el proyecto *Sales Hoy?* como en otras áreas afines. *Sales Hoy?* muestra un gran potencial de captación y derivación.

ELEMENTOS ESTRUCTURALES

CONCLUSIÓN POSICIONAMIENTO

Se ha detectado que los ciudadanos establecen cierta relación entre el proyecto, cuando éste se identifica con Cruz Roja, y la vertiente de la institución como atención sanitaria o socorro.

CONCLUSIÓN RECURSOS MATERIALES

Los medios materiales se adecuan a las necesidades existentes, por lo que no tienen una influencia negativa en el desarrollo del proyecto. Sin embargo, se aprecia margen de mejora (sillas, una carpa más sencilla de montar, un vehículo mejor, etc.). *Sales Hoy?* basa parte de su estrategia de captación en la escenografía y su poder de atracción, por lo que estos detalles son relevantes. Para algunos actores la carpa no es atractiva y no está habilitada para acoger a grupos numerosos de usuarias. Aunque *Sales Hoy?* tiene un presupuesto menor al de otros programas similares, cuenta con ratios de eficiencia económica dentro de la normalidad.

PERTINENCIA

CONCLUSIÓN PERTINENCIA

Existe unanimidad a la hora de afirmar que el proyecto está abordando una problemática y una necesidad "real". Esto se justifica con la buena aceptación y acogida entre las usuarias y no usuarias y las pocas muestras de rechazo habidas. Además, cuenta con la particularidad de ser un proyecto que interviene a pie de calle, algo valorado por las usuarias. El proyecto no define muy claramente cuál es la población diana (población juvenil o adolescente, población de riesgo y de no riesgo), lo que se traduce en la realidad en un espectro de usuarias muy amplio. Estos criterios, que no están claros en la teoría, se extrapolan a la práctica, ya que existen sesgos al seleccionar a población de mayor riesgo y que no es joven. También hay sesgos en cuanto al lugar de procedencia de la población destinataria, con excesiva presencia de determinados barrios y con la ausencia de otros a los no se está accediendo. Además, el proyecto está ofreciendo información sobre temáticas en las que las usuarias no están planteando dudas o demandas (como la sexualidad).

Universalidad

Unidad

Voluntariado

Independencia

Neutralidad

Imparcialidad

Humanidad

■ Metodología y planteamiento de partida

3.1. Proceso metodológico y técnicas empleadas

Las diferentes etapas del proceso de evaluación exigen una toma de decisiones y seleccionar una serie de elecciones técnicas o metodológicas que acaban conformando el diseño singular de cada evaluación. En este capítulo se pretende explicar básicamente cuáles han sido estas decisiones, describiéndose desde el encargo hasta las fases finales de interpretación.

3.1.1. Elaboración de los términos de referencia

Recogida de los objetivos de la evaluación y de las demandas principales por parte de Cruz Roja. Se pueden resumir en 3 bloques:

1. **Qué resultados está logrando Sales Hoy?:** La Institución mostró su inquietud por conocer hasta qué punto el programa cumplía los objetivos marcados.
2. **El marco teórico y la teoría del programa:** Relacionada con esta primera inquietud, Cruz Roja planteó el análisis del marco teórico que sustenta el proyecto, para así poder saber el grado de coherencia, claridad y congruencia respecto a otros modelos de prevención existentes.

Para poder conocer si la teoría del programa estaba siendo eficaz hubo que establecer y sistematizar previamente el modelo teórico con claridad, de forma que este proyecto pueda ser replicado por Cruz Roja en otras áreas.

3. **La ejecución del proyecto:** Se puso de manifiesto también el interés por evaluar la puesta en marcha e implementación del proyecto. En este sentido, destacan aspectos como la adecuación de las actividades al marco teórico, la pertinencia de las actividades programadas o realizadas en la práctica, los posibles problemas o las inconveniencias existentes en la ejecución y la valoración de los procesos y de su (correcta) aplicación.

3.1.2. Propuesta de evaluación

Una vez expuestas las inquietudes y los términos en los que debía realizarse la evaluación, el Equipo de Evaluación procedió a concretar los principales aspectos y características de la evaluación que, en líneas generales son:

1. Se planteó una **evaluación externa**: Esto no implicaba que algunas tareas pudieran ser realizadas de forma mixta pidiendo la colaboración de miembros de Cruz Roja. Para el seguimiento de la evaluación se constituyó una Comisión de Seguimiento.
2. Se optó por una **evaluación orientada por la teoría del cambio** (teoría del programa + teoría de la implementación): En este sentido, se partió de la premisa de que todos los programas o servicios tienen una forma de proceder propia que, explícita o implícitamente, asumen como el mecanismo necesario para lograr los resultados esperados.

La evaluación orientada por la teoría busca identificar la cadena o cadenas “lógicas” con las que se trabaja, para poder analizar su causalidad y extraer conclusiones sobre la eficacia y viabilidad del marco teórico asumido.

3. **Modelo comprensivo:** Para poder incrementar la utilidad de la evaluación se escogió un modelo de evaluación comprensivo que, más que buscar juicios últimos y sumarisimos, procura comprender lo que ocurre en la intervención para poder mejorarla. Este modelo es compatible con el establecimiento de juicios sumativos.
4. **Modelo participativo:** Se pretendió que la evaluación contase con la participación activa de los diferentes agentes o “stakeholders” en las distintas fases de la evaluación, de forma que se incidiera en una evaluación que realmente permitiese introducir mejoras y que así fuera percibido por todos.

Las fases que se definieron fueron las siguientes:

Tabla 1: Fases de la Evaluación	
FASES	TAREAS CLAVE
Estudio y preparación	<ul style="list-style-type: none"> - Organización del equipo. - Búsqueda de bibliografía. - Estudio de documentación. - Organización del primer trabajo de campo.
Diseño de la evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Primeras entrevistas a responsables y personal del proyecto. - Identificación de los objetivos y procesos de trabajo. - Identificación de las necesidades informativas. - Elaboración de matriz. - Diseño de técnicas.
Trabajo de campo	<ul style="list-style-type: none"> - Observación (durante las intervenciones). - Entrevistas (Técnicos de <i>Sales Hoy?</i>, CR-J, CREM, representante de Madrid Salud). - Aplicación del registro-cuestionario y grabaciones a usuarias. - Realización de grupos de discusión. - Estudio bibliográfico. - Análisis estadístico de fuentes secundarias. <hr style="border-top: 1px dashed red;"/> <ul style="list-style-type: none"> - Codificación, grabación y transcripciones.
Análisis, interpretación y redacción	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis cuantitativo. - Análisis cualitativo. - Interpretación de los datos. - Enjuiciamiento. - Redacción del informe.
Presentación final de resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones Comisión presentación de datos.

3.1.3. Acotación desglosada de la evaluación

Se realizaron las primeras entrevistas a los responsables del programa (Director de Cruz Roja Juventud, Técnicos del proyecto, Responsable de la Unidad de Evaluación), y se revisó la diferente documentación entregada. Este primer proceso permitió conocer el planteamiento general del proyecto desde una perspectiva sistémica. También se definió el diagrama de flujo del proceso principal (“intervención”) y se identificaron con mayor detalle el resto de los procesos, los elementos estructurales y la jerarquía o niveles de los resultados a conseguir.

Universalidad
Unidad
Voluntariado
Independencia

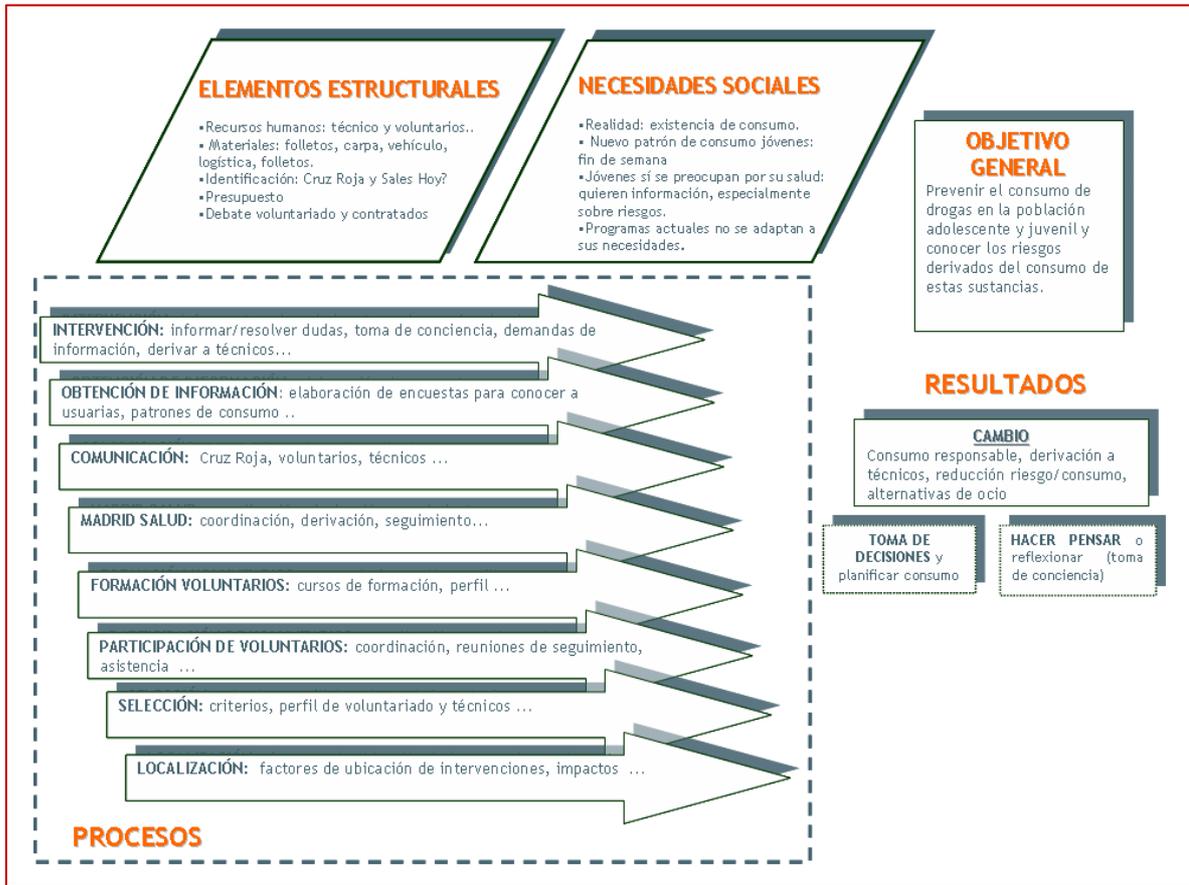


Figura 2: Dimensiones de Sales Hoy?

Neutralidad
Imparcialidad
Humanidad



Figura 3: Resultados de Sales Hoy?

3.1.4. Necesidades informativas, preguntas de evaluación y propuesta metodológica.

Se han combinado dos lógicas metodológicas en la evaluación, por un lado, el modelo pluralista y por otro, la evaluación orientada por la teoría. Todos los programas o servicios se articulan en un modelo como el mecanismo necesario para lograr los resultados y objetivos marcados.

En un primer momento, las preguntas de evaluación surgieron dentro del proceso participativo con los diferentes actores implicados en el proyecto, intentando identificar sus necesidades informativas reales, a la vez que se lograba una mayor profundización y conocimiento sobre el proyecto.

En la tabla siguiente se presentan algunas de las principales preguntas de evaluación que este informe debe responder y que están divididas por las diferentes dimensiones de análisis en las que se articula este documento:

Tabla 2: Preguntas de Evaluación	
MARCO TEÓRICO	
	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Los indicadores que aparecen en el proyecto están bien contruidos? - ¿Existe un marco teórico que sustente la intervención? - ¿En qué medida los objetivos de la intervención responden a las necesidades y problemática específica de los destinatarios del proyecto? - ¿El diagnóstico previo realizado fundamenta la intervención?
ESTRUCTURA	
	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Los materiales y recursos utilizados son los oportunos y adecuados? - ¿Tienen una influencia directa, positiva o negativa, en la consecución de los resultados?
PROCESOS	
	<ul style="list-style-type: none"> - ¿La implementación de las diferentes actividades está siendo la adecuada y se realiza conforme a lo establecido en el proyecto? - ¿Existen factores (internos o externos) que condicionan o dificultan el desarrollo del proyecto? - ¿Existe algún factor o circunstancia que haya facilitado o dificultado la participación del público destinatario al que se pretende llegar?
OBJETIVOS/RESULTADOS	
	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Se está llegando al público objetivo? - ¿Existen indicios de posibles sesgos o población excluida? - ¿Permanecen los efectos preventivos una vez finalizada la intervención? - ¿En qué grado se están cumpliendo los objetivos? - ¿Se están logrando resultados no previstos por el proyecto?
PERTINENCIA	
	<ul style="list-style-type: none"> - ¿El proyecto se ajusta a una necesidad real y existente? ¿Es percibida así por la sociedad y la población objetivo? - ¿Las actividades se adecuan a las necesidades de las usuarias?

Una vez acabado este primer trabajo de campo se ordenaron las preguntas en función de la teoría del cambio. En un siguiente paso, se formularon nuevas preguntas por parte del Equipo de Evaluación para garantizar que se obtendría información suficiente sobre las cuestiones clave de la teoría de la acción y, además, con el objetivo de contar con diferentes enfoques dentro de una misma pregunta y así poder contrastar y comparar cuando fuera necesario. Con toda esta información se elaboró la matriz de evaluación. A continuación se añade un ejemplo, la matriz al completo se puede consultar en el anexo electrónico (*Se anexa matriz*).

Tabla 3: Matriz de Evaluación

ACOTAC1	ACOTAC2	PREGUNTAS	INDICADORES	ELECCIÓN	FUENTE	PREGUNTAS CONCRETAS EN LA TÉCNICA	ANÁLISIS
Resultados	Cambio	¿Consumo más responsable?	Te has avergonzado de haber bebido alguna vez	Medición 1, 2 y 3	Cuestionario Usuarías	Te has avergonzado por haber bebido alguna vez: sí, no, NS/NC (no informar sobre este último caso)	
Resultados	Cambio	¿Consumo más responsable?	Consumo según lo planificado. Siempre bebo más de lo que pienso.	Medición 1, 2 y 3	Cuestionario Usuarías	La última noche que saliste, ¿habías pensando cuánto querías beber?: No o Sí (en este caso, campo abierto con la pregunta: ¿cuál es el límite que te habías fijado? ¿y lo conseguiste?)	
Resultados	Cambio	¿Se dan derivaciones de jóvenes a técnicos u otros recursos? (jóvenes a los que se ha derivado)	Nº jóvenes derivados a TDP y/o a otros recursos	Coordinador	Petición Información coordinador	Nº de jóvenes derivados a TPD y Madrid Salud	
Resultados	Objetivo General	Impactos varios causados por el programa	Verbalización de las usuarias del programa	Medición 1 y 2	Cuestionario Usuarías	¿Qué dudas tienes con relación al consumo de drogas? Campo abierto (No enumerar más de 5 dudas)	Verbalización.
Procesos	(p1) Intervención	¿Se informa sobre efectos y riesgos del consumo?	Verbalización de información que se da a los jóvenes	Voluntarios	Grupo de Discusión	Información que se está proporcionando a los jóvenes en relación a efectos y riesgos del consumo	Verbalización
Procesos	(p1) Intervención	¿Se informa sobre efectos y riesgos del consumo?	Verbalización de información que se da a los jóvenes	Coordinador	Entrevista Coordinador	Información que se está proporcionando a los jóvenes en relación a efectos y riesgos del consumo	Verbalización

Universalidad

Unidad

Voluntariado

Independencia

Neutralidad

Imparcialidad

Humanidad

3.1.5. Elección y diseño de técnica.

Las técnicas empleadas han sido las siguientes:

1. **Revisión bibliográfica:** Se ha revisado la literatura existente sobre drogodependencias, programas de prevención y evaluaciones, con especial atención en aquellos que tenían una temática y metodología similar a la propuesta por *Sales Hoy?*: a pie de calle, ocio nocturno y fin de semana y dirigido a una población joven.
2. **Análisis de la documentación:** Se han analizado las memorias, las fichas y los registros relacionados con *Sales Hoy?*. En este sentido, se introdujeron nuevas herramientas en el proyecto, de forma que se pudiera filtrar y recopilar la información de interés de una manera más sistematizada.
3. **Entrevistas individuales:** Se llevaron a cabo con los diferentes agentes clave del proyecto: Cruz Roja Juventud, Cruz Roja Madrid, Madrid Salud y Técnicos del proyecto. El objeto de las entrevistas ha sido profundizar en el conocimiento del proyecto y de su teoría subyacente. Para cada una de las entrevistas se elaboró un guión de la información que había que obtener. A continuación se expone un ejemplo de guión de una entrevista:

1. **Existencia de reacciones opuestas al programa (Padres, grupos políticos, asociaciones, vecinos, etc.)** → Verbalización de la oposición encontrada al programa.
2. **¿Hay factores (internos/externos) que condicionan o dificultan el desarrollo del proyecto?** → Verbalización de factores externos positivos y negativos en la sostenibilidad del proyecto.
3. **¿Son los medios adecuados para lograr los resultados?** → Verbalización de los medios existentes.
4. **¿Existe un marco teórico que sustenta el programa?** → Correspondencia del programa con marcos teóricos de prevención del consumo.
5. **¿Se realizan actividades relacionadas con el asesoramiento online?** → Del % total de correos enviados, cuántos se responde a la usuaria.
6. **¿Existe una óptima comunicación entre Cruz Roja y Madrid Salud?** → Procedimiento establecido y grado de cumplimiento.
7. **¿Existe una óptima comunicación entre Cruz Roja (Juventud) y Coordinador del proyecto?** → Procedimiento establecido y grado de cumplimiento.
8. **¿Es conveniente que se identifique la carpa con Cruz Roja?** → Grado de identificación de la carpa.

Figura 6: Ejemplo de Guión de Entrevistas

Las entrevistas, junto con la observación y el trabajo de campo, han sido herramientas clave para explicitar y reflexionar sobre los problemas, la realidad y los objetivos de *Sales Hoy?*, más allá de los están redactados en las memorias y otra documentación. Ha sido una tarea fundamental que sostenía todo el entramado de la evaluación al permitir analizar los discursos y todos aquellos aspectos subyacentes al proyecto.

4. **Grupo de Discusión con voluntarios:** En él participó un grupo representativo del Equipo de Voluntarios. El objetivo era poder conocer:
 - La organización del trabajo, la suficiencia y la adecuación de los recursos materiales y humanos así como el nivel de satisfacción, motivación y el ambiente existente.

- La existencia de metas y objetivos compartidos y explícitos entre los voluntarios, los coordinadores y la Institución.
- La existencia o no de una teoría y una práctica sobre prevención compartida y las pautas para actuar.
- El discurso sobre los jóvenes, sus diferencias, su participación y otros aspectos fundamentales en la teoría y diseño del proyecto.
- Los obstáculos, las incidencias y otras informaciones sobre los fines del proyecto.

5. Cuestionarios a usuarias: Una de las actividades del proceso clave de intervención ha sido pasar un cuestionario a la población considerada susceptible de recibir la intervención (usuarias). En el proyecto el cuestionario ha tenido varias finalidades:

- Primera: Se ha utilizado como herramienta de acercamiento para contactar con la población objeto del programa.
- Segunda: Las preguntas del cuestionario han permitido elaborar un primer diagnóstico del riesgo y del consumo de la entrevistada, siendo esta información útil tanto para establecer el proceso de toma de conciencia de su situación como para modular la información y el mensaje que el Equipo de Intervención quería transmitir. Este varía en función del perfil de la usuaria, donde el cuestionario permite conocer este perfil.

Aprovechando que el cuestionario formaba parte de la intervención de *Sales Hoy?*, se rediseñó con el fin de que también sirviera a los objetivos de la evaluación, es decir, recopilar información. El resultado final fue un cuestionario un poco más largo (15 minutos de duración, aproximadamente), pero que permitía medir los cambios producidos por la intervención respecto a los objetivos experimentados por la población.

El cuestionario básicamente se dividía en 3 bloques de información: variables de clasificación, indicadores de cumplimiento de los objetivos y valoraciones del Equipo de Intervención sobre el trabajo realizado.

Algunas de las preguntas fueron replicadas de otros estudios y de bases de datos (*Estudes 2008, Banco de Ideas de Prevención y Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España –Edades- 2007*), de forma que se pudiera contar con parámetros de comparación entre la población del proyecto y otra población joven en lo que respecta al consumo de drogas. Esto ha permitido establecer comparaciones y situar a la población objetivo de la evaluación.

La tabla siguiente muestra la relación de los objetivos principales del programa con sus indicadores y preguntas del cuestionario:

Tabla 4: Objetivos e indicadores del Cuestionario a Usuarías

OBJETIVOS	INDICADOR	
CAMBIO	Consumo	¿Cuántos días has consumido las siguientes drogas? (p 2)
		¿Cuánto riesgo existe de que alguien se perjudique a sí mismo por...? (p 11)
		¿Cuántos días te has emborrachado? (p 8)
		La última noche que saliste, en caso de que hubieses planificado cuánto querías beber, ¿conseguiste cumplir con el límite fijado? (p 7)
	Riesgo	Valoración 0-10 preocupación sustancias (p 12)
PLANIFICAR/TOMA DE DECISIONES	Actitudes ante afirmaciones (p 5)	Consumir cannabis puede ser agradable...
		Un joven nunca debería probar el cannabis...
		Hay pocas cosas más peligrosas que experimentar con cannabis...
		Consumir cannabis es divertido...
		Hay muchas cosas mucho más arriesgadas que probar cannabis...
		Todo el que prueba el cannabis acaba lamentándolo...
		Las leyes en materia de cannabis deberían ser más estrictas...
		El uso de cannabis es uno de los grandes males del país...
		El cannabis ayuda a la gente a tener una experiencia plena de la vida...
		En los colegios se deberían enseñar los peligros reales del consumo de cannabis...
		La policía no debería meterse con los jóvenes que prueban el cannabis...
		Probar el cannabis te hace perder el control de tu vida...
		Consumir cannabis puede ser agradable...
	¿Estás pensando dejar de consumir la droga más habitual? (p 3)	
	La última noche que saliste, ¿habías pensado cuánto querías beber? (p 7)	
	¿Has decidido hacer algo con tu consumo? (p 13)	
REFLEXIONAR/TOMA DE CONCIENCIA	¿Sabes si el consumo de drogas afecta a tu salud? (p 10)	
	¿Te preocupa que afecte? (p10)	
	¿Crees que es necesario cambiar tus hábitos de consumo? (p 14)	
	¿Te has avergonzado de haber bebido alguna vez? (p 15)	
	Número de dudas (p 16)	

Universalidad

Unidad

Voluntariado

Independencia

Neutralidad

Imparcialidad

Humanidad

El diseño definitivo del cuestionario reformulado fue contrastado previamente por el Técnico del Proyecto. Posteriormente se realizó una primera prueba con las usuarias de la intervención para valorar si esta herramienta proporcionaba la información necesaria y se ajustaba a las exigencias de la intervención. Asimismo, se contrastó con los propios voluntarios antes de elaborar el que sería el diseño definitivo. Tras recoger todas las impresiones y observaciones, se había asegurado la viabilidad de la herramienta.

El mismo cuestionario se realizó de nuevo a las usuarias, vía telefónica, tres semanas después por parte del Equipo de Evaluación. El objetivo era poder conocer el impacto de *Sales Hoy?* en las usuarias pasado un tiempo, siendo ésta una de las principales incertidumbres que generaba el proyecto (ya que se trata de una intervención puntual en las usuarias).

Asimismo, un cuestionario similar fue realizado por el Equipo de Evaluación en un contexto similar al de los voluntarios. Es decir, se acudió a lugares donde previamente se había localizado *Sales Hoy?* y se realizó el mismo cuestionario (*ver anexo, Cuestionario Usuarias*). De esta forma se logró un Grupo de Control.

6. Cuestionarios al Equipo de Intervención: Se han realizado cuestionarios a los diferentes componentes del Equipo de Intervención adaptando las preguntas al perfil de los voluntarios y de los técnicos, ya que se tratan de figuras con entidad propia, diferente peso y protagonismo. Aunque a ambos agentes se les realizaron entrevistas y grupos de discusión, también se les pasó esta herramienta con el fin de obtener una información más específica sobre determinados aspectos del proyecto.

- a. Cuestionario a Voluntarios: Ha permitido obtener información sobre su grado de formación, su edad, los protocolos de actuación, su grado de protagonismo y motivación en el proyecto, el ambiente que existe dentro del equipo, las tareas a realizar, los recursos materiales necesarios, sus percepciones, etc. (*ver anexo*).
- b. Cuestionario a Coordinadores: Ha permitido obtener información sobre las tareas que llevan a cabo, el tiempo que decidan o los recursos del proyecto. (*ver anexo*).

7. Grabaciones a usuarias: Para recoger las opiniones y valorar los efectos de la intervención del proyecto se realizaron grabaciones a las usuarias que habían realizado la fase completa de la intervención, es decir, el cuestionario y los juegos de toma de conciencia. Una vez finalizada la misma, el propio Equipo de Intervención (para interferir lo menos posible en la dinámica habitual del proyecto) realizaba la pregunta - **¿qué te ha suscitado el proyecto?** -, cuya respuesta era recogida en una grabadora (las usuarias podían expresar sus opiniones sin limitación de tiempo).

8. Observación no estructurada y participante: La evaluación ha otorgado un papel muy importante a la observación por tratarse de un proyecto que actúa en los lugares de ocio nocturno, la calle y con una ubicación itinerante. Estos hechos aconsejaban el uso de la técnica de la observación.

Como el proyecto partía de una escenografía muy concreta que trataba de captar la atención de las usuarias, fue necesaria la presencia del Equipo de Evaluación en las intervenciones para poder conocer de primera mano las reacciones, los gestos y las incidencias que pudieran surgir en un proyecto tan marcado por los diferentes contextos en los que se ubicaba.

Además, durante este trabajo de observación el Equipo de Evaluación resolvió las dudas de los miembros del Equipo de Intervención a la hora de rellenar fichas o cumplir con los protocolos de recopilación de información establecidos. Debido al

alto número de voluntarios que componen *Sales Hoy?* (entre 25 y 30) y la alta rotación de miembros que se daba en cada intervención, era conveniente la presencia de personas del Equipo de Evaluación que asesoraran a los voluntarios en las nuevas dinámicas y protocolos.

En cuanto a las preguntas de evaluación, la observación ha resultado útil a la hora de analizar los siguientes temas:

- La organización del trabajo, el clima laboral y otras dinámicas relacionadas con la coordinación y las relaciones personales y “*laborales*”.
- Las estrategias explícitas e implícitas, los mensajes que se transmitían, las actitudes que se veían favorecidas o sancionadas, cómo se llevaba a cabo la intervención con las usuarias, etc.
- Las actitudes y discursos del Equipo de Intervención, de las usuarias, de los vecinos y viandantes.
- Los factores externos, especialmente relevante por el contexto del proyecto: calle, nocturnidad, ocio y jóvenes.

3.1.6. Elección metodológica

El diseño metodológico ha tenido en cuenta 2 estrategias:

- Una estrategia estructurada que permitiera conocer el verdadero impacto y los resultados del proyecto, donde las técnicas de medición tuvieran una mínima influencia en el desarrollo de las actividades de intervención pero, que a la vez, proporcionasen la información necesaria.

Se ha optado por utilizar las herramientas ya existentes en el proyecto para recopilar la información necesaria (readaptándolas a las necesidades), de forma que la evaluación tuviera el mínimo impacto posible en la ejecución de *Sales Hoy?* (si no se estarían introduciendo distorsiones en la dinámica proyecto que no permitirían valorar la realidad). Por ejemplo, se optó por aprovechar el potencial del cuestionario que utilizaba el Equipo de Intervención como herramienta de captación para recopilar datos e información relacionada con el impacto del proyecto.

- Se ha contado con la participación activa de los diferentes actores clave del proyecto, tanto del Equipo de Intervención como de las instituciones relacionadas con el proyecto (Cruz Roja o Madrid Salud). Todos han participado en el proceso de diseño y ejecución de las técnicas a través de entrevistas, grupos de discusión, grabaciones o cuestionarios.

Especialmente relevante ha sido la colaboración del Equipo de Intervención, con una participación activa en los procesos de recopilación de información. Esto se conecta con el punto anterior referente a la aplicación de herramientas ya existentes y así minimizar la existencia de efectos distorsionantes en la ejecución y realidad del proyecto. En este sentido, se estableció una comunicación continua durante el proceso que permitiera detectar y consensuar cualquier tipo de incidencia o duda al respecto.

- a. **Evaluación de impacto y de resultados:** Para la evaluación de impacto y de resultados se pasó el cuestionario en 3 momentos diferentes, conformando un modelo no experimental pero con 2 tipos de mediciones, longitudinales y transversales.

GRUPOS	TIEMPO		
	Antes		Después
Con proyecto	X (M1)	3 Semanas	X' (M2)
Sin proyecto	Y (M3)		

La primera medición (**M1**), fue realizada por el Equipo de Intervención del proyecto en el transcurso de su actividad normal.

La segunda medición (**M2**), se realizó tres semanas después aplicando el mismo cuestionario a las usuarias que habían pasado por el programa. En la medición 1 (M1) se les solicitó el teléfono y se les pidió autorización para contactar con ellas posteriormente.

La tercera medición (**M3**), se hizo con un grupo de control en zonas donde previamente se había localizado, pero en fines de semana donde la intervención se estaba realizando en otra ubicación distinta. Por lo tanto, el cuestionario se aplicó a jóvenes que no habían pasado por el proyecto pero replicando los contextos y lugares por los que se ubicaba habitualmente.

Tabla 6: Muestra de las mediciones del cuestionario

MEDICIONES		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	Medición 1	167	53,2%	53,2%	53,2%
	Medición 2	48	15,3%	15,3%	68,5%
	Medición 3	99	31,5%	31,5%	100%
	Total	314	100%	100%	--

- La medición 1 (**M1**) es una muestra de las usuarias con las que trabaja el proyecto. Se seleccionaron a todas aquellas personas con las que intervino *Sales Hoy?* durante los meses de enero y febrero.

El error muestral para el peor de los supuestos y con un grado de confianza del 95.5% es de 7.8%.

- La medición 2 (**M2**) es la misma población acusando una fuerte mortalidad experimental. Hubo gente que no proporcionó el teléfono (requisito indispensable para luego poder contactar y realizar este cuestionario de M2) y, en otras ocasiones, el Equipo de Intervención no pidió el teléfono por descreimiento respecto a las posibilidades de la evaluación. No obstante, el nivel de respuesta de los que facilitaron su teléfono fue alto.

El error muestral para esta población con el peor de los supuestos de varianza y con un grado de confianza del 95.5% es de 14.36%.

- La medición 3 (**M3**) es una muestra no aleatoria. El único criterio que se utilizó fue realizar los cuestionarios en las mismas zonas y a las mismas horas en las que se realizaba la actividad, pero sin que ésta estuviese localizada allí. Se trataba de replicar las condiciones en las que trabajaba el proyecto pero sin realizar ningún tipo de intervención. Para calcular el error se estimó que esta población procedía de una población infinita: todos los jóvenes de Madrid.

El error muestral para la peor de las situaciones de varianza y con un grado de confianza del 95.5% es de 10.5%.

Se ha detectado que las 3 poblaciones son iguales en la mayor parte de los indicadores aunque existen ciertas diferencias. Puesto que se sospechaba que la edad influía en la mayor parte de las variables de estudio, se optó por controlarla. Para ello se ponderó la base de datos eliminándose las diferencias en edad de más de 2 desviaciones típicas.

La comparación M1 – M3 ha permitido:

- Observar que, a pesar de no tratarse de muestras aleatorias, los 2 grupos comparten bastantes características. Sin embargo, en algunos aspectos tiene más riesgos M1 y en otros M3. Las muestras pueden adolecer de

sesgos aunque mantienen gran similitud en muchas variables y en la comparación con otros estudios poblaciones.

- Analizar las primeras diferencias en los resultados.

La comparación M1-M2 ha permitido:

- Analizar el efecto del programa a las tres semanas transcurridas la realización del primer cuestionario (M1).

Además, se han completado los análisis y las comparaciones con las apreciaciones de voluntarios y técnicos, el análisis de opiniones orales de las usuarias y la propia observación.

- b. Evaluación de otros aspectos del programa:** Para el resto de cuestiones se ha optado por mediciones no comparadas con grupos o con pretest. Las características de la información no requerían establecer ese tipo de juicios. Además, esto carecía de sentido en el análisis de las técnicas cualitativas.

3.1.7. Análisis y técnicas

Dado que se trata de análisis con muestras, era necesario probar si las relaciones observadas eran extrapolables a la población. Por defecto se optó por una probabilidad de error (tipo I) del 95%. Sólo en algún caso se flexibilizó el criterio y se amplió hasta el 90% (en ese caso se señala en el texto). Las asociaciones no significativas no han sido incluidas en la evaluación.

En algunos casos, como en las comparaciones M1-M2, se han hecho análisis de una cola, por lo que el valor crítico z es 1.65.

- a. Comparaciones de porcentajes:** Tablas de contingencia con prueba de significación *Chi cuadrado* y para la fuerza de la asociación entre pares de categorías los *residuos tipificados corregidos* y la “*d*” *diferencia de proporciones* que oscila entre 0 y 100%.

- b. Comparaciones de medias:** En el caso de M1-M3 entendiéndolas como muestras independientes. Por defecto se comparaban las medias con el *test T* ya que si la distribución no es normal o y las muestras son pequeñas, como era el caso, la prueba de *t de student* cumple el teorema del límite central.

Si las variables no cumplían los supuestos de normalidad ni *homocedasticidad*, que se contrastan a través de la prueba *Lilliefors* y *Levine*, se optaba por técnicas no paramétricas. Se han contrastado las diferencias de rango con *Mann Whitney /Wilcoxon*.

En el caso de que la variable dependiente tuviera más de dos categorías, se pedía el análisis de varianzas. Esta prueba analiza si existen diferencias entre las medias de los diferentes grupos de la variable dependiente. Si se trabaja con muestras hay que ver si la *F* es significativa. Esto requiere que las distribuciones de las variables sean normales y de igual varianza. Se comprueba la normalidad de las variables. Si la *F* es significativa las diferencias de medias son extrapolables a la población. Se puede pedir una prueba añadida para ver si todas las medias son diferentes entre sí o son parecidas a otras (*Prueba Scheffé*).

Si las variables no eran normales ni homocedásticas. Se utilizaba el *test No Paramétrico de Kruskal – Wallis*. La significación del estadístico se lee en “Corrected for Ties”.

En el caso de la comparación M1-M2, aunque son muestras dependientes, se han tratado como muestras independientes ya que los casos no estaban pareados.

- c. **Correlación (Variables cuantitativas).** Se han pedido correlaciones para ver la asociación presumible entre variables al menos ordinales. El coeficiente de correlación entre las dos variables, siendo el máximo +/-1 y la mínima correlación 0.
- d. **Regresión:** Se ha utilizado la regresión para ver la influencia neta de una serie de variables sobre el objetivo final (cambio).

En relación al análisis de información cualitativa, éste se ha llevado a cabo según la siguiente propuesta (Ligero, 2009).

Una propuesta para proceder en el análisis del discurso. Discurso producido a través de técnicas semi-estructuradas.

1. Leer las preguntas de investigación y los indicadores.
2. Leer el texto señalando las partes, párrafos o frases que pueden “responder” a cada una de las preguntas de investigación.
3. Construir “archivos” por cada una de las preguntas, que estarán compuestos exclusivamente por fragmentos del texto que se considere que tienen que ver con la pregunta.
4. Imprimir los “archivos temáticos”. Hacer una lectura pausada y relajada, dejando espacio para que surjan ideas y significados acerca del texto. Es conveniente releerlo.
5. Disponer un papel grande tipo A3 donde se van anotando palabras, síntesis e ideas que han surgido de la lectura. Para esta fase del análisis es conveniente utilizar palabras resumen o frases cortas que hagan mención a la idea entresacada y que gracias al tamaño pequeño permitan su manipulación. Resulta práctico referenciar en estas anotaciones el lugar del texto donde se mencionan para que con posterioridad pueda ser localizado. El ejercicio de anotar una idea debe ser libre, creativo, con poca censura, salvo por el hecho de que lo que realmente se esté anotando haya sido dicho de alguna forma por los informantes. En el caso de dudar si algo es comunicado por los informantes o es una interpretación propia, es adecuado señalarlo con algún signo como un paréntesis, a la espera de poder contrastarlo con otros fragmentos del texto.
6. En el papel tipo A3 construir, juntando o separando un mapa conceptual con todas las palabras, ideas o significados que se han anotado. El mapa puede realizarse en función de una serie de operaciones cognitivas como por ejemplo:
 - Campos de ideas/ campo semántico. Se agrupan las ideas similares. Puede servir de ayuda para construirlos buscar las siguientes figuras:
 - i. Sinónimos: un significado tiene varios significantes.
 - ii. Metáforas: cambio del nombre de un objeto por otro con el que se observa alguna semejanza.
 - iii. Metonimia: designar algo con el nombre de otra cosa con la que guarde algún tipo de relación (p. ej. el autor por sus obras).
 - Ordenación y jerarquización de los campos de ideas. Los grupos de ideas se ordenan por relaciones de causa-efecto, de subordinación o yuxtaposición. Se pueden utilizar las siguientes relaciones:
 - i. Antónimos. Oposición de significados.
 - ii. Escalar o gradación. Todas las nociones pueden situarse en una escala entre dos extremos (Mounin, Georges).
 - iii. Estructura jerárquica. (de la especie hierba al género vegetal). Se pueden dar dos relaciones, hiponimia (tulipán subordinado a flor) o hiperonimia (flor está superordenado con relación a tulipán).
 - Cuestiones que es importante analizar
 - i. Las contradicciones/ incongruencias. Pueden manifestar una tensión entre lo que se dice y se piensa por lo que es un buen vehículo de entrada a este discurso

menos verbal. En otras ocasiones pueden ser contradicciones aparentes ya que se refiere a aspectos diferentes que hay que saber entender. Se pueden graficar como relaciones antagónicas, pero siempre señalando la supuesta incongruencia.

ii. Ironía. Figura retórica que consiste en dar a entender lo contrario de lo que se dice. Esta licencia de la comunicación denotativa es un submarino que lleva directamente y guiado por el emisor, hacia cotas más profundas del discurso.

El humor, la risa. Las cuestiones que hacen reír son una buena entrada a los discursos. Según el análisis que recoge Peter Berger, el humor en muchas ocasiones nace de la incongruencia, del choque o la unión de dos elementos que pertenecen a órdenes distintos. Es por eso que puede haber aspectos graciosos universalmente pero lo más normal es que tenga que ser entendido en un contexto, en el mismo en que se genera el orden cultural. Este fenómeno que evidencia la incongruencia lleva directamente a la categoría inicial de la contradicción y permite ver cuál es el "orden" conceptual que tiene el emisor.

ii. El silencio/tabú. Aunque son dos aspectos diferenciados, tienen algún elemento en común al aportar información en la ausencia de mensaje. Hay cosas que no se pueden nombrar y otras que es mejor no hacerlo en determinadas condiciones. Las razones que obligan a ello evidencian ese orden oculto o las posiciones del producto del discurso.

Una vez construido el mapa conceptual, realizar una redacción del mismo que aporte significado. La redacción debe describir lo que se está viendo en el "mapa conceptual" y aportar una interpretación del mismo. A la hora de escribir puede ser de ayuda diferenciar "internamente" entre lo que es información y datos expuestos por el informante y la interpretación necesaria hecha por el evaluador. Es importante que el estilo sea claro y concreto.

Incluir fragmentos literales del texto de los informantes que refuercen o clarifiquen las ideas expuestas.

Universalidad

Unidad

Voluntariado

Independencia

Neutralidad

Imparcialidad

Humanidad

3.1.8. Análisis e interpretación

Para los resultados se han analizado las comparaciones establecidas entre las tres mediciones. Una vez que se han detectado los cambios en M1-M3 y en M1-M2 se ha procedido a ver si la teoría del programa propuesta por la intervención se validaba. Para ello:

1. Se ha analizado la asociación entre objetivos para saber si los objetivos intermedios provocaban los finales.
2. Se ha revisado si los procesos han sido bien ejecutados y su grado de correspondencia con los resultados.
3. Se ha analizado si los elementos estructurales influían en la ejecución de los procesos.

3.2. Trabajo de campo

El trabajo de campo es una de las fases más relevantes de la evaluación ya que supone aplicar las técnicas de medición y recopilar la información necesaria. Una vez diseñada la evaluación y elaborada la matriz de evaluación, que incorpora preguntas, indicadores, técnicas y estrategias metodológicas, se procede a su aplicación en el trabajo de campo.

Las técnicas han sido las siguientes:

- Análisis documental y fuentes secundarias.
- Observación participante del programa.
- Realización de cuestionarios (a usuarias y no usuarias del proyecto, coordinadores y voluntarios).
- Grupo de discusión con voluntarios.
- Grabación con usuarias
- Entrevistas a coordinador, responsables del programa y de otros programas.
- Estudio bibliográfico.

Tras el diseño de la matriz de evaluación, donde quedaban recogidas las demandas de todos los actores implicados, se procedieron a diseñar los instrumentos que servirían para recoger la información necesaria durante el trabajo de campo.

Para una mejor organización y maximización del tiempo, se optó por concentrar el trabajo de campo en una única fase en la que se simultaneaban las técnicas propuestas. De esta forma, se dispondría de toda la información necesaria para las siguientes etapas de la evaluación (análisis, enjuiciamiento, recomendaciones, etc.).

A continuación se detallan las técnicas empleadas en el trabajo de campo.

3.2.1 Análisis documental y fuentes secundarias

Durante esta fase se completó la recogida de información que se había realizado previamente a los responsables del proyecto en el comienzo de la evaluación. El objeto era recopilar una información más específica con el acceso a fuentes de información disponibles sobre el proyecto, tales como memorias y registros.

Se rediseñaron algunos procesos de recogida de información de *Sales Hoy?* que habitualmente realizaba el Equipo de Intervención. Se les entregó modelos y fichas de recogida de información similares a los que ya tenían pero sistematizados de forma diferente.

La información recopilada era relativa al número de folletos entregados, asistencia de voluntarios, cuestionarios realizados. A continuación se presentan algunos de los modelos diseñados.

DATOS SOBRE CUESTIONARIOS Y ACTIVIDADES REALIZADAS: AÑO 2010						
FECHA de actividad	Localización	Nº cuestionarios/ encuestas	Nº actividades/ juegos			
			Preservativo	Alcoholímetro	Conversación	Otras
15/01/2010	Tribunal					
16/01/2010	Tribunal					
22/01/2010	Tribunal					
23/01/2010	Tribunal					
29/01/2010	Moncloa					
30/01/2010	Moncloa					
05/02/2010	Chueca					
06/02/2010	Chueca					
19/02/2010	Moncloa					
20/02/2010	Moncloa					

Figura 4: Ejemplo 1 de modelo de recopilación de registros.

ASISTENCIA DE VOLUNTARIO/AS: 2010			
Fecha de actividad	N° voluntario/as que han asistido		N° TOTAL
	1° turno	2° turno	
15/01/2010			
16/01/2010			
22/01/2010			
23/01/2010			
29/01/2010			
30/01/2010			
05/02/2010			
06/02/2010			
19/02/2010			
20/02/2010			

Figura 5: Ejemplo 2 de modelo de recopilación de registros.

Universalidad

Unidad

Voluntariado

Independencia

Neutralidad

Imparcialidad

Humanidad

3.2.2. Observación participante

La observación participante se vincula con la ejecución y desarrollo de las actividades de *Sales Hoy?* durante los días de intervención con las usuarias. Para ello, los miembros del Equipo de Evaluación estuvieron presentes durante 6 fines de semana en las 12 intervenciones realizadas.

Antes de aplicar las técnicas de medición relacionadas con la propia intervención, previamente se habían realizado 2 visitas como primera toma de contacto, lo que permitió contextualizar y conocer mejor el proyecto, su realidad y el Equipo de Intervención. Asimismo, esta primera visita permitió la presentación de la evaluación y del Equipo e informar sobre el objeto del trabajo.

El objetivo de esta técnica ha sido recoger impresiones sobre todo aquello que podía arrojar luz a la evaluación y que podía proporcionar una información que no siempre es posible obtener con el análisis de los datos u otras técnicas cualitativas o cuantitativas.

Para estructurar la observación, cada uno de los miembros del Equipo disponía de un cuaderno de observación que incluía las preguntas a las que se quería dar respuesta con la técnica, y donde se anotaban otras ideas u observaciones relevantes. En la tabla siguiente se incluye el guión utilizado.

Tabla 7: Guión de la Observación Participante	
GUIÓN DE LA METODOLOGÍA DE OBSERVACIÓN: TRABAJO DE CAMPO	
Preguntas de Evaluación a contestar con la Metodología de la Observación:	
Existencia de reacciones opuestas al programa	¿Está en peligro la integridad física de voluntarios y coordinador el programa.
¿Hay factores (internos/externos, positivos/negativos) que condicionen o dificulten el desarrollo del proyecto?	¿No detrae muchos recursos y tiempo al coordinador diversas actividades que no se relacionan directamente con la actuación del programa?
¿Se promueve información sobre espacios de ocio (alternativos)?	¿La carpa es la adecuada para las actividades que realiza el programa?
¿Se responde de forma adecuada a las demandas?	¿La carpa crea un ambiente adecuado?
¿Son adecuadas las localizaciones de la Carpa?	¿Cuáles son los criterios de localización de la carpa?

El Equipo de Evaluación siempre ha estado representado con algún miembro durante el trabajo de campo, desde el inicio hasta el final de cada intervención. Esto ha permitido analizar todos los aspectos relacionados con la ejecución completa de la intervención, así como de su preparación y cierre.

El Equipo de Evaluación ha intentado situarse en un punto de equilibrio: colaborando y participando en la medida de lo posible con el Equipo de Intervención (participando en las intervenciones, preparación de logística, montar y desmontar la carpa, etc.), pero al mismo tiempo, adoptando otro papel menos visible que permitiera una observación del transcurrir del proyecto con cierta distancia y objetividad.

Valoramos la relación con el equipo de *Sales Hoy?* como cordial, resaltando la buena acogida dispensada al Equipo de Evaluación tanto por los miembros del Equipo de Intervención como por Cruz Roja Juventud. La percepción de los evaluadores es que nadie ha sentido su presencia como una amenaza o intrusión en el proyecto. Valoramos muy positivamente los resultados y las conclusiones obtenidas.

Durante el proceso de observación es importante resaltar, una vez más, lo que significa trabajar a pie de calle, la noche y las múltiples incidencias sucedidas. El trabajo de campo se realizó durante los meses de diciembre, enero y febrero (de 2009 y 2010), que han sido especialmente duros en lo climático, con frío y viento.

Tabla 8: Fechas del trabajo de campo de la Observación

FECHA	OBSERVACIÓN	LOCALIZACIÓN
20/11/2009	X	Pza. de Chueca
21/11/2009	X	Pza. de Chueca
18/12/2009	X	Pza. de España
19/12/2009	X	Pza. de España
15/01/2010	X	Tribunal
16/01/2010	X	Tribunal
22/01/2010	X	Tribunal
23/01/2010	X	Tribunal
29/01/2010	X	Sol (sustituido por Lavapies)
30/01/2010	X	Sol (sustituido por Lavapies)
05/02/2010	X	Pza. de Chueca
06/02/2010	X	Pza. de Chueca

3.2.3. Entrevistas semiestructuradas

Las entrevistas se diseñaron una vez detectados los actores clave del proyecto. Se realizaron a las siguientes personas:

- Entrevista con dos Técnicos del programa.

Aunque *Sales Hoy?* contaba con un solo técnico contratado, durante el trabajo de campo se produjo una sustitución por baja laboral del anterior coordinador. Ante este inesperado cambio, se optó por realizar la entrevista a ambos técnicos (durante algunos fines de semana el proyecto contó con la presencia de los dos, período en el que se produjo una delegación de funciones progresiva). Esto hecho obligó a ajustar algunas preguntas y la forma de abordar las entrevistas.

- Entrevista con el Director de Cruz Roja Juventud de Madrid y la Directora de Cruz Roja Juventud de Barcelona.
- Entrevista con el Coordinador de CREM.
- Reunión con Madrid Salud y entrevista con un representante de Madrid Salud.

El objetivo de estas entrevistas era seguir ahondando en el conocimiento del proyecto, así como en la teoría que subyace tras él y verbalizar y explicitar el proyecto para obtener así una nueva visión complementaria al resto de técnicas.

Las entrevistas fueron realizadas por los miembros del Equipo de Evaluación, así como su posterior análisis y tratamiento de la información obtenida.

Cabe resaltar que las entrevistas tuvieron una acogida positiva por parte de todos los actores y agentes, no existiendo ningún tipo de impedimento o negativa para su realización. Los entrevistados han mostrando una actitud cooperante en todo momento con la evaluación, respondiendo a todas las cuestiones planteadas y las peticiones de información solicitadas. Este ha sido un hecho común durante toda la evaluación, factor determinante para la elaboración del informe.

3.2.4. Cuestionarios a usuarias

Una de las principales técnicas para poder conocer y valorar el impacto y los resultados del programa fue el cuestionario que *Sales Hoy?* utilizaba como herramienta de intervención con usuarias. Se consideró que ésta permitiría la obtención de información relacionado especialmente con los resultados e impacto del proyecto. Además, también se valoró positivamente que pudiera ser realizada por los propios voluntarios y así no distorsionar la actividad y dinámica habitual del proyecto.

A continuación se incluye una tabla con información sobre el trabajo de campo, sobre los cuestionarios y la observación:

Tabla 9: Trabajo de Campo de cuestionarios y medición					
FECHA	MEDICIÓN 1	MEDICIÓN 2	MEDICIÓN 3	LOCALIZACIÓN	FASE DEL TRABAJO
20/11/2009				Plaza de Chueca	1ª toma de contacto
21/11/2009				Plaza de Chueca	
18/12/2009	X			Plaza de España	Test del cuestionario reformulado
19/12/2009	X			Plaza de España	REALIZACIÓN DE M1, M2 Y M3
20-24/12/2009					
15/01/2010	X		Moncloa	Tribunal	
16/01/2010	X		Moncloa	Tribunal	
17-21/01/2010		X			
22/01/2010	X			Tribunal	
23/01/2010	X			Tribunal	
24-28/01/2010		X			
29/01/2010	X		Pza. de Chueca	Sol (sustituido por Lavapies)	
30/01/2010	X			Sol (sustituido por Lavapies)	
31-04/01/2010		X			
05/02/2010	X		Tribunal	Pza. de Chueca	
06/02/2010	X			Pza. de Chueca	
07-11/02/2010		X			
12/02/2010			Tribunal	No intervención	
13/02/2010			Todos	No intervención	
14-18/02/2010		X			
19/02/2010				Intercambiador Moncloa	
20/02/2010				Intercambiador Moncloa	
21-25/02/2010		X			

Se han llevado a cabo 3 cuestionarios:

- **Cuestionario de Medición 1 (M1):** Realizado por el Equipo de Intervención a las usuarias del proyecto. Este cuestionario fue rediseñado, de forma que permitiera obtener la información requerida pero sin influir en la intervención de los voluntarios y técnicos, al tratarse de una herramienta básica para ellos. Pasó a ser un cuestionario algo más extenso y estructurado con el fin de poder responder las preguntas de evaluación planteadas previamente.

Una vez reformulado el cuestionario y antes de su definitiva aplicación, se realizó un primer test durante una de las intervenciones de *Sales Hoy?*, tras el cual se

celebró una reunión con el Equipo de Intervención donde se recogieron sus impresiones sobre el mismo y algunas propuestas de cambio. La respuesta hacia el cuestionario fue muy favorable y hubo consenso en calificar este renovado cuestionario como una excelente técnica para acercarse a los jóvenes. Nadie mostró oposición y todos coincidieron en la ausencia de resistencias por parte de los jóvenes para responder a las preguntas planteadas.

El cuestionario incluía algunas novedades que requirieron la aclaración de algunos protocolos de actuación y asesoramiento al Equipo de Intervención sobre posibles dudas y pasos a seguir. Se explicó a los voluntarios y al coordinador lo que se pretendía lograr con el nuevo cuestionario y cómo debían realizarlo, poniendo especial énfasis en la necesidad de lograr los datos de contacto de las usuarias para poder realizar un nuevo cuestionario telefónico pasadas tres semanas (Medición 2). Este primer test sufrió los efectos de las inclemencias climatológicas, ya que durante esta intervención una ráfaga de viento rompió la carpa y obligó a adelantar la finalización de la misma.

Esta percepción tan favorable hacia el cuestionario-reformulado entre los voluntarios cambió con el paso de los días, ya que algunos consideraban que era demasiado largo y algo complicada de realizar. Esta percepción se extendió a otros miembros del Equipo. Esto podría haber ocasionado una disminución del número de encuestas realizadas en la fase final del trabajo de campo. A pesar de todo, se alcanzó la cobertura planeada y los errores muestrales mínimos.

- **Cuestionario Medición 2 (M2):** Prácticamente el mismo cuestionario que en Medición 1 se realizó tres semanas después por teléfono a las usuarias que habían realizado la primera medición. El objetivo era conocer si el proyecto había producido cambios de conducta, actitud y/o comportamiento relacionados con el consumo de sustancias entre aquellos jóvenes que había pasado por *Sales Hoy?*

Contactar con las usuarias una vez transcurrido tres semanas era uno de los puntos críticos de la evaluación. Se procedió de la siguiente manera: una vez recopilados todos los cuestionarios cumplimentados en la primera medición, se seleccionaba a las personas que habían facilitado algún dato de contacto (correo electrónico y/o número de teléfono). Si aportaban el teléfono se les llamaba y si únicamente habían proporcionado su e-mail se les enviaba un correo electrónico en el que se les solicitaba un número de teléfono. Las entrevistas fueron realizadas por el Equipo de Evaluación. Sorprendió positivamente la buena respuesta de las usuarias, aproximadamente contestaron un tercio de Medición 1. Incluso las entrevistadas deseaban profundizar más en las preguntas que se les exponían. No se encontraron reacciones contrarias u opuestas a la realización del mismo cuestionario tres semanas más tarde, simplemente el estar ocupada o no poder atender la llamada en ese momento, posponiéndola para otra fecha y hora.

Los problemas han procedido de la dificultad de contactar con las personas y no de la falta de receptividad para realizar de nuevo el cuestionario.

- **Cuestionario Medición 3 (M3):** El mismo cuestionario se aplicó a un grupo de control (no equivalente) buscado en las ubicaciones donde había estado *Sales Hoy?* en días anteriores y en el mismo horario. Los cuestionarios fueron aplicados por el Equipo de Evaluación a perfiles lo más parecidos posibles a los de Medición 1. Hubo una primera fase de testeo del cuestionario, tras la cual, se introdujeron algunas modificaciones.

Durante la aplicación de este cuestionario se constató la buena receptividad de las encuestadas, no habiendo casi personas que rechazaran realizarlo o a las que les pareciera excesivamente largo. Al igual que en la primera medición (M1), los evaluadores portaban unas tarjetas de contacto con sus datos identificativos por si

alguna persona solicitaba más información sobre el cuestionario o deseaba aclarar cualquier otra duda.

Una vez concluida la implementación de las encuestas a las usuarias y al grupo de comparación, se realizó una base de datos que contenía las repuestas de los cuestionarios de las 3 mediciones. Los cuestionarios tenían un código identificador que referencia la fecha de realización y el tipo de medición (M1, M2 y M3).

3.2.5. Cuestionarios al equipo de intervención

A pesar de que con los técnicos se realizó una entrevista y con los voluntarios un grupo de discusión, había otra información que precisaba de una sistematización y concreción mayor, lo que aconsejaba obtenerla a través de un cuestionario. Se realizó uno específico para el Equipo de Intervención, aunque con matices diferentes según el perfil, es decir, voluntarios y técnicos.

- **Cuestionario para los voluntarios:** El cuestionario diseñado incluía preguntas sobre la homogeneidad del grupo, el grado de formación, la experiencia laboral, etc. Se entregó en un sobre cerrado a los voluntarios. El tratamiento de la información garantizó el anonimato (entre otras estrategias no se incluyó ningún dato de identificación). Este proceso fue algo complejo debido a la irregular asistencia de algunos voluntarios y la dificultad de contactar con todos. A todos aquellos a los que no se les consiguió entregar en persona se les llamó por teléfono para enviárselo por correo electrónico. La devolución de los cuestionarios se realizó personalmente al Equipo de Evaluación, a través del Técnico de *Sales Hoy?* o mediante correo electrónico.

Para ser un cuestionario auto-cumplimentado hubo un alto grado de respuesta. Según los registros, en diciembre de 2009 había un total de 25 voluntarios por lo que realizaron la encuesta el 68% (*C. Voluntarios*).

- **Cuestionario a los Técnicos:** Existían algunas preguntas diferentes al cuestionario de voluntarios, que se centraban especialmente en el tiempo y esfuerzo que lleva la logística de la intervención (*C. Coordinadores*).

Ambos cuestionarios se realizaron con posterioridad a las entrevistas y al grupo de discusión. Una vez se dispuso de todos los cuestionarios se introdujeron los datos en una base para su posterior análisis.

3.2.6. Grabación a usuarias

Otra de las técnicas empleadas en la recogida de información fue la grabación de las opiniones de las usuarias sobre *Sales Hoy?* El objetivo era verbalizar el impacto y los efectos de las actividades del proyecto. Para ello se introdujo esta herramienta novedosa en el proyecto (antes no se usaba), de forma que cuando se hubieran realizado los juegos y actividades con las usuarias se les realizara la siguiente pregunta ante una grabadora: **¿Qué te ha suscitado el programa de Sales Hoy y sus actividades?**

Este proceso fue realizado por el Equipo de Intervención, ya que se trataba de no interferir en la normal actividad del proyecto y de insertar de forma natural esta herramienta en su rutina.

Se entiende que las usuarias que realizaban el cuestionario, tenían conversaciones en mayor profundidad y realizaban los juegos, eran sobre las que se había realizado la intervención completa. Por ello sus opiniones eran relevantes. La valoración de esta nueva técnica fue positiva, tanto por el Equipo de Intervención como por las usuarias. Se realizaron un total de 20 grabaciones.

3.2.7. El grupo de discusión

Con el objetivo de obtener la verbalización que sobre el proyecto tienen los voluntarios, se utilizó el grupo de discusión.

Se convocó a los voluntarios por correo electrónico, telefónicamente y en persona para asistir al grupo. Asistieron 8 personas (el rango usual no aconseja superar 12 personas).

El grupo de discusión tuvo lugar en un local de la Cruz Roja y se realizó un domingo a finales de enero de 2010. La duración fue la estimada (2 horas) y el grupo fue asistido por un dinamizador y un observador. El ambiente fue adecuado y se valoró la actitud mostrada por los voluntarios como muy positiva pues en todo momento expresaron sus opiniones con absoluta libertad.

3.2.8. Estudio bibliográfico

Se ha realizado una indagación sobre la literatura especializada sobre programas de reducción de riesgos y sobre las evaluaciones referidas a dichos programas. En el anexo se aporta la bibliografía estudiada.

3.2.9. Consideraciones finales

El trabajo de campo ha estado marcado por el contexto peculiar en el que se localiza el proyecto: la noche, la calle y el fin de semana. La observación ha sido una de las técnicas que ha permitido cohesionar y tener elementos articuladores de todos los datos, facilitando la comprensión y dando sentido a su interpretación.

Tabla 10: Técnicas de medición y muestras	
TÉCNICAS	Nº DE PERSONAS (Muestras e informantes)
Cuestionario Medición 1	167
Cuestionario Medición 2	48
Cuestionario Medición 3	99
Cuestionario Voluntarios	17
Cuestionario Coordinadores	2
Entrevistas	6
Grupo de Discusión	1
Grabación	20

■ Informe de datos

El informe se articula a partir de una serie de dimensiones o componentes básicos a evaluar obtenidos de la teoría de sistemas. La organización o el proyecto se conciben como un sistema compuesto de diferentes partes interdependientes entre sí.

En el informe de datos, la articulación a través de dimensiones ofrece una estructura clara para aglutinar los datos provenientes desde diferentes fuentes. El objetivo de la evaluación en esta fase es narrar detalladamente lo que ha ocurrido en cada una de las dimensiones.

A continuación se presenta una información detallada y completa de los datos que corresponden a los Resultados/ Objetivos y del proceso clave del proyecto que sería el de Intervención así como sus análisis respectivos. Con el objeto de destacar lo más relevante se han extraído únicamente las conclusiones del resto de los procesos identificados (que serían de los de apoyo) así como de la estructura.

Las dimensiones que se proponen a continuación se han inspirado en el modelo sistémico de Donabedian:

- Resultados.
- Procesos.
- Elementos estructurales.
- Pertinencia.



Figura 6: Perspectiva sistémica de los programas (Extraído de: J. A. Ligeró)

En adelante, para identificar la técnica de medición usada se harán las siguientes referencias:

- **E1:** Entrevista a representante de Cruz Roja Juventud.
- **E2:** Entrevista a Técnico/Coordinador 1 de *Sales Hoy?*
- **E3:** Entrevista a Técnico/Coordinador 2 de *Sales Hoy?*
- **E4:** Entrevista a representante de Madrid Salud.
- **E5:** Entrevista a CREM.
- **GD:** Grupo de Discusión con voluntarios de *Sales Hoy?*
- **GR:** Grabación a usuarias de *Sales Hoy?*
- **OB:** Observación del Equipo de Evaluación.
- **C. Usuaris:** Cuestionario de Usuaris.
- **C. Voluntarios:** Cuestionario de Voluntarios.
- **C. Coordinadores:** Cuestionario de Coordinadores.
- **Doc. Proyecto:** Documentación del Proyecto *Sales Hoy?*

Universalidad

Unidad

Voluntariado

Independencia

Neutralidad

Imparcialidad

Humanidad

4.1. Resultados/Objetivos

Existen diferentes formas de clasificar los objetivos y sus resultados, pero todas suelen coincidir en diferenciar entre objetivos finales (o “outcomes”) y objetivos inmediatos (o “outputs”).

En evaluación es importante respetar la diferencia entre “outcomes” u objetivos finales (impacto) y “outputs” u objetivos más inmediatos (eficacia), porque ésta permite valorar si los primeros se han conseguido gracias a los segundos. Si esto es así, se podrá confirmar que la teoría de intervención propuesta es la adecuada. Si por el contrario el programa es eficaz pero no logra el impacto habría que revisar si el modelo teórico es el pertinente y el adecuado al problema que se intenta solventar.

El primer paso es identificar los objetivos de la intervención. Se pueden buscar en la documentación del proyecto. En el caso de *Sales Hoy?* el punto de partida es hacer frente a una necesidad social, los riesgos asociados al consumo de drogas por parte de la población joven. Se asume la idea de que los jóvenes son especialmente vulnerables al consumo de sustancias en los espacios de ocio nocturno de fin de semana; espacios que además suelen estar desasistidos por profesionales o programas de prevención.

El objetivo general es *prevenir el consumo de drogas en población adolescente y juvenil y conocer los riesgos derivados del consumo de sustancias (Documentación proyecto)*. Para lograr este objetivo global, se establecen dos objetivos específicos:

1. *Ofrecer una información veraz y objetiva adaptada a las necesidades de los jóvenes que están en contacto con las drogas, promoviendo información en espacios de ocios de los jóvenes, resolviendo sus dudas e informando sobre efectos y riesgos del consumo.*
2. *Favorecer un consumo responsable de sustancias en los jóvenes consumidores, a través de la reducción de riesgos, alertándolos sobre las actitudes que pueden agravar las consecuencias del consumo, educando en un consumo responsable y sensibilizando sobre la importancia de la toma de decisiones.*

En teoría se podrían asumir estos objetivos y analizar si se han cumplido o no. Pero en la práctica nos enfrentamos a varias dificultades.

- En muchas organizaciones los objetivos no los redactan los técnicos sino que lo hace un departamento responsable de presentar proyectos que suele tener a su cargo la búsqueda de recursos. Sin que sea un problema en sí mismo, esto hace que puedan responder más a un ejercicio teórico que a una práctica más realista.
- Es bastante frecuente que los objetivos no sean algo imprescindible para realizar el trabajo y que el programa funcione relativamente bien (la dinámica establecida es la adecuada). Se ha redactado un proyecto y puede haber una programación inicial, pero el trabajo se desarrolla y evoluciona de forma que se ajusta progresivamente al contexto y realidad existente. Es como si el programa “durmiera” en un archivo describiendo una realidad ya superada. Este proceso, por otro lado bastante usual, se puede definir como desactualización.
- Los objetivos no se ajustan a la realidad del proyecto. Cuando se inicia una actividad se parte de un diagnóstico y la experiencia puede hacer cambiar la percepción que se tenía u obliga a definir unos objetivos más realistas. Es decir, el trabajo enseña y esos aprendizajes pueden no estar reflejados en las programaciones. En este sentido, los desajustes más frecuentes entre realidad y objetivos se pueden resumir en tres aspectos:
 - Los objetivos no atienden directamente a las necesidades sociales.
 - Los objetivos, ambiciosos, superan las posibilidades reales del programa.

- Los objetivos, demasiado humildes, no suponen un acicate para desarrollar la potencialidad de la intervención.
- Los objetivos plasmados en la documentación son el resultado de un proceso de negociación entre diferentes actores; se han acomodado los intereses de los actores con más poder. Esta visión del modelo negociado de la acción (*Monnier*) convierte a los objetivos en un mapa discursivo, en un manifiesto de las relaciones de poder más que en un documento operativo.
- En ocasiones el acuerdo negociado entre los actores implicados solamente atañe a los objetivos superiores quedándose sin definir los objetivos intermedios.
- Aunque los objetivos fueran realistas, consensuados y ajustados, existiría el problema de que la evaluación sólo mirarse a aquello que está escrito. Puede haber otros efectos provocados por el programa, no contemplados en la documentación, que pudieran quedarse fuera del escrutinio de la evaluación. Esto es lo que se llama en la literatura la “visión túnel provocada por los objetivos”.

Por todo lo expuesto, los objetivos declarados en la documentación no aseguran ser los objetivos reales. Para evitar caer en estos posibles errores, se aconseja observar el proyecto, estudiar la documentación y preguntar a los diferentes “stakeholders” sobre los objetivos para reconstruir una matriz de programación que intente aproximarse lo más posible a lo que *realmente*² se pretende conseguir. Este trabajo lo ha realizado el Equipo de Evaluación y se ha obtenido una jerarquía de objetivos que incluso en las fases de interpretación fue reformulada. Se expone a continuación:

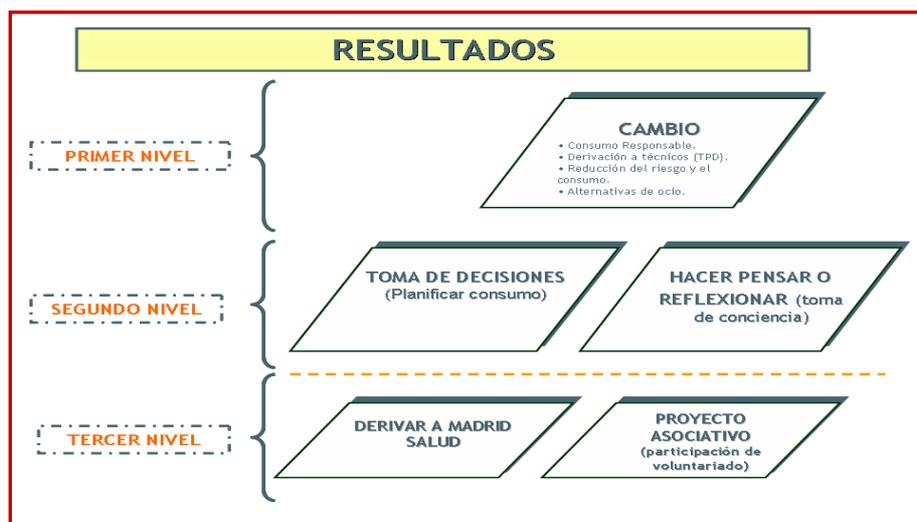


Figura 3: Resultados de Sales Hoy?

4.1.1. Cómo abordar el análisis de eficacia e impacto

La evaluación de los resultados del proyecto se ha apoyado en 5 estrategias básicas:

1. Comparación del cuestionario realizado a las usuarias de *Sales Hoy?* con la de un grupo de comparación (M1-M3).
2. Comparación del cuestionario realizado a las usuarias de *Sales Hoy?* con otro similar realizado a las mismas usuarias tres semanas después, por medio de una encuesta telefónica (M1-M2).

² El término realmente da a entender que hay una matriz real de objetivos. Bajo otros paradigmas, como el constructivista, esto no sería así. Habría tantos objetivos como actores implicados.

3. Valoración realizada por el Equipo de Intervención del proyecto sobre determinadas actitudes o resultados que consideraban se habían producido con las usuarias durante la intervención.
4. Análisis cualitativo de las verbalizaciones de los actores del proyecto.
5. Datos sobre las derivaciones realizadas desde el proyecto a otros servicios o recursos de información (a través de los registros del proyecto).

4.1.2. Consideraciones generales para las comparaciones M1-M3 y M1-M2

Para llevar a cabo la evaluación de impacto y de resultados se pasó un cuestionario muy similar en 3 momentos diferentes (Medición 1, 2 y 3), conformando así un modelo no experimental pero con 2 tipos de mediciones, longitudinales y transversales.

Tabla 11: Medición de Evaluación e impacto de resultados			
GRUPOS	TIEMPO		
	Antes		Después
Con proyecto	X (M1)	3 Semanas	X' (M2)
Sin proyecto	Y (M3)		

La **medición 1 (M1)** fue realizada por los propios técnicos del proyecto durante el transcurso de su actividad normal.

La **segunda medición (M2)**, se realizó 3 semanas después aplicando el mismo cuestionario a las usuarias que habían pasado por el proyecto. En la medición 1 se les solicitó el teléfono y se les pidió autorización para contactar con ellas posteriormente.

La **tercera medición (M3)**, se hizo con un grupo de control en zonas donde habitualmente se encontraba localizada la carpa pero en fines de semana donde, en ese momento, no se estaba llevando a cabo la intervención. Es decir, el cuestionario se aplicó a jóvenes que no habían pasado por el proyecto pero replicando los contextos y lugares por los que se ubicaba habitualmente.

Tabla 12: Muestra de las mediciones del cuestionario			
Medición	Frecuencia	% válido	% acumulado
Medición 1	167	53,2%	53,2%
Medición 2	48	15,3%	68,5%
Medición 3	99	31,5%	100%
Total	314	100%	--

La medición 1 (M1) es una muestra de las usuarias con las que trabaja el proyecto. Se seleccionaron a todos aquellas personas con las que intervino el proyecto durante los meses de enero y febrero.

El error muestral para el peor de los supuestos y con un grado de confianza del 95.5% es de 7.8%.

La medición 2 (M2) es la misma población acusando una fuerte mortalidad experimental. Hubo usuarias que no proporcionaron el teléfono u otro dato de contacto (requisito para luego contactar y realizar este cuestionario de M2) y, en otras ocasiones, el Equipo de Intervención no solicitó esta información por descreimiento respecto a las posibilidades de la evaluación. No obstante, el nivel de respuesta de los que facilitaron su teléfono fue alto.

El error muestral para esta población con el peor de los supuestos de varianza y con un grado de confianza del 95.5% es de 14.36%.

La medición 3 (M3) es una muestra no aleatoria. El único criterio que se utilizó fue realizar los cuestionarios en las mismas zonas y a las mismas horas donde se había realizado la intervención, pero sin que ésta estuviese localizada allí. El objetivo era replicar las mismas condiciones en las que trabajaba *Sales Hoy?* pero sin realizar ningún tipo de intervención. Para calcular el error se estimó que esta población procedía de una población infinita: todos los jóvenes de Madrid.

El error muestral para la peor de las situaciones de varianza y con un grado de confianza del 95.5% es de 10.5%.

Se ha detectado que las 3 poblaciones son iguales en la mayor parte de los indicadores aunque existen algunas diferencias. Como existía la sospecha de que la edad podía estar influyendo en la mayor parte de las variables de estudio, se optó por controlar ésta. Para ello se ponderó la base de datos eliminando las diferencias en edad de más de 2 desviaciones típicas.

CUESTIONARIO

El cuestionario recoge a través de diferentes indicadores la medición de los dos primeros niveles de objetivos. A continuación se expone una tabla que vincula los objetivos, los indicadores y las preguntas de los cuestionarios.

Tabla 13: Objetivos, indicadores y preguntas del Cuestionario a Usuarías

OBJETIVOS	INDICADOR	PREGUNTA
CAMBIO	Consumo	¿Cuántos días has consumido las siguientes drogas? (p 2)
		¿Cuánto riesgo existe de que alguien se perjudique a sí mismo por...? (p 11)
		¿Cuántos días te has emborrachado...?(p 8)
		La última noche que saliste, en caso de que hubieses planificado cuánto querías beber, ¿conseguiste cumplir con el límite fijado? (p 7)
	Riesgo	Valoración 0-10 preocupación sustancias (p 12)
PLANIFICAR/TOMA DE DECISIONES		¿Estás pensando dejar de consumir la droga más habitual? (p 3)
		La última noche que saliste, ¿habías pensado cuánto querías beber? (p 7)
		¿Has decidido hacer algo con tu consumo ¿(p 13)
REFLEXIONAR/ TOMA DE CONCIENCIA		¿Sabes si el consumo de drogas afecta a tu salud ¿(p 10)
		¿Te preocupa que afecte ¿(p10)
		¿Crees que es necesario cambiar tus hábitos de consumo? (p 14)
		¿Te has avergonzado de haber bebido alguna vez? (p 15)
		Número de dudas (p 16)
Actitudes ante afirmaciones (p 5)		Consumir cannabis puede ser agradable...
		Un joven nunca debería probar el cannabis...
		Hay pocas cosas más peligrosas que experimentar con cannabis...
		Consumir cannabis es divertido...
		Hay muchas cosas mucho más arriesgadas que probar cannabis...
		Todo el que prueba el cannabis acaba lamentándolo...
		Las leyes en materia de cannabis deberían ser más estrictas...
		El uso de cannabis es uno de los grandes males del país...
		El cannabis ayuda a la gente a tener una experiencia plena de la vida...
		En los colegios se deberían enseñar los peligros reales del consumo de cannabis...
		La policía no debería meterse con los jóvenes que prueban el cannabis...
	Probar el cannabis te hace perder el control de tu vida...	

4.1.3. Estrategia básica 1: comparación M1-M3

El perfil de la población en M1 y M3 varía en algunos aspectos. A continuación se exponen las diferencias para poder identificar los posibles sesgos si los hubiera.

En M1 hay más casos de lo esperado en consumo de éxtasis y de LSD. También hay más personas con amigos consumidores de tranquilizantes y sedantes sin receta médica. En este grupo la percepción del riesgo es mayor que en M3 en cocaína y éxtasis. En cuanto al ocio y tiempo libre nocturno, en M1 hay más personas que van al cine y que se quedan en casa con los amigos respecto a M3.

Por otra parte, en M3 hay más personas con problemas de escasez de dinero y con la sensación de haberse sentido enfermos en alguna ocasión como consecuencia del consumo de sustancias. En esta tercera medición la media de problemas derivados de uso o abuso de drogas es significativamente mayor que en M1. También en M3 hay más casos con amigos consumidores de hachís. En este grupo hay más personas que hacen botellón y salen de fiesta que en M1.

La comparación M1 – M3 ha permitido:

- Observar que, a pesar de no tratarse de muestras aleatorias, los 2 grupos comparten bastantes características. Sin embargo, en algunos aspectos tiene más riesgos M1 y en otros M3.
- Las muestras pueden adolecer de sesgos aunque mantienen gran similitud en muchas variables y en la comparación con otros estudios poblaciones.
- La comparación entre ambas mediciones (M1 y M3) también ha permitido analizar las primeras diferencias en los resultados.

Las muestras pueden adolecer de sesgos aunque mantienen gran similitud en muchas variables y en la comparación con otros estudios poblaciones.

En la siguiente tabla se exponen los resultados siguiendo el orden de las preguntas:

Tabla 14: Comparación M1 y M3, sesgos	
1. ¿Has probado alguna vez alcohol u otras drogas?	<ul style="list-style-type: none"> - M1 tiene un 14% más de casos de lo esperado en consumo de éxtasis respecto a M3. - M1 tiene un 12.2% más de casos de lo esperado en consumo de LSD respecto a M3. - El consumo de cocaína y éxtasis es mayor en M1.
2. ¿Cuántos días has consumido las siguientes drogas (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, éxtasis, speed, LSD u otras) en la última semana y en el último mes?	<ul style="list-style-type: none"> - M1 tiene un mayor porcentaje de casos de lo esperado en consumo mensual de speed respecto a M3. Sin embargo, los pocos casos, concretamente 7, de consumo mensual de speed en M3 invitan a no tener en cuenta esta observación. En la prueba Mann-Whitney se anula la significatividad.
3. Actualmente, ¿estás pensando seriamente dejar de fumar o de consumir la droga más habitual?	<ul style="list-style-type: none"> - Se da una fuerte relación entre los dos grupos (M1 y M3) y el pensar en dejar de consumir alguna sustancia. En concreto, en M1 hay un 18.6% más de personas dispuestas a abandonar su consumo de drogas.
4. ¿Tienes amigos que consuman las siguientes sustancias (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, éxtasis, LSD, tranquilizantes o sedantes sin receta médica, colas, pegamentos o disolventes, speed, pastillas u otras)?	<ul style="list-style-type: none"> - Tanto en M1 como en M3, la suma de sustancias consumidas por los amigos de los encuestados es similar (prueba M-W). - M3 tiene un 9.1% más de casos de lo esperado en la existencia de amigos que consumen cannabis. - M1 tiene un 9% más de casos de lo esperado en la existencia de amigos que consumen tranquilizantes o sedantes sin receta médica.

5. A continuación figuran afirmaciones de diversas personas sobre el consumo del cannabis (o hachís). Marca con una X, en una escala del 1 al 5 (donde 1 es totalmente desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo), la respuesta que más se aproxime a tu opinión.

- No existen diferencias actitudinales significativas entre M1 y M3 en las siguientes afirmaciones:
 - *Consumir cannabis puede ser agradable...*
 - *Un joven nunca debería probar el cannabis...*
 - *Hay pocas cosas más peligrosas que experimentar con cannabis...*
 - *Consumir cannabis es divertido...*
 - *Todo el que prueba el cannabis acaba lamentándolo...*
 - *El uso de cannabis es uno de los grandes males del país...*
 - *El cannabis ayuda a la gente a tener una experiencia plena de la vida...*
 - *En los colegios se deberían enseñar los peligros reales del consumo de cannabis...*
 - *La policía no debería meterse con los jóvenes que prueban el cannabis...*
 - *Probar el cannabis te hace perder el control de tu vida...*
- Hay un 15% más de casos en M1 que piensan que *Hay muchas cosas mucho más arriesgadas que probar cannabis...*
- En general, hay menos gente de acuerdo con las afirmaciones en M1.

6. ¿Qué hiciste el fin de semana pasado a estas horas?

- En M1, la población es de menor riesgo puesto que, en mayor medida que la población de M3, actividades relacionadas con el consumo de sustancias tales como salir a cenar, quedarse en casa con los amigos o ir al cine. Por el contrario, M3 destaca sobre M1 de manera significativa en actividades como hacer botellón o salir de fiesta más relacionadas con el consumo de drogas como se muestra en la siguiente tabla:

¿Hiciste fin de semana*Medición Crosstabulation

			Pretest, postest y grupo de comparación		Total
			Medición 1	Medición 3	
Qué hiciste el fin de semana pasado	Quedarme en casa	Count	42	23	65
		% within Medición	27,3%	25,2%	
	Meterme en internet	Count	18	10	28
		% within Medición	11,7%	11,1%	
	Hacer botellón	Count	17	15	32
		% within Medición	11,0%	16,2%	
	Salir de fiesta/ir a	Count	47	39	86
		% within Medición	30,5%	43,2%	
	Salir a cenar	Count	38	16	54
		% within Medición	24,7%	17,5%	
	Ver la televisión	Count	17	12	29
		% within Medición	11,0%	13,3%	
Jugar a la videocons	Count	4	3	7	
	% within Medición	2,6%	3,8%		
Quedar en casa con l	Count	23	7	30	
	% within Medición	14,9%	8,2%		
Ir al cine	Count	14	4	18	
	% within Medición	9,1%	4,4%		
Otros	Count	47	36	83	
	% within Medición	30,5%	39,3%		
Total	Count	154	90	244	

Percentages and totals are based on respondents.

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

7. La última noche que saliste, ¿habías pensado cuánto querías beber?

- En este caso no existen diferencias significativas entre M1 y M3.

8. ¿Cuántos días te has emborrachado (en el último mes y en la última semana)?

- No se han detectado diferencias significativas entre ambos grupos.

9. ¿Has tenido alguno de los siguientes problemas por haber consumido alcohol u otras drogas (accidente o lesión, problemas con la policía, con tus padres, con amigos escasez de dinero, sentirte enfermo, pelea o discusión, u otros)?

- Un 17% más de casos, respecto a M1, confiesan haberse sentido enfermos como consecuencia del consumo de drogas. Las respuestas pueden estar sesgadas por la influencia de los entrevistadores puesto que algunos consideraban la resaca como un sentimiento de enfermedad y otros no.
- Un 13.4% más de los encuestados tiene problemas de escasez de dinero respecto a M1.
- M3 tiene un 0.6% más de media de casos con problemas (la suma de todos) derivados del consumo del consumo de sustancias respecto a M1. Este dato es significativo también cuando los análisis se llevan a cabo con pruebas no paramétricas.

10. ¿Sabes si el consumo de drogas afecta a tu salud? En caso de Sí, ¿te preocupa que el consumo de drogas afecte a tu salud?

- No existen diferencias significativas entre ambos grupos.

11. En tu opinión, en una escala del 1 a 4 (donde 1 es “ningún riesgo”, y 4 “gran riesgo”), ¿cuánto riesgo existe de que alguien se perjudique a sí mismo por probar el hachís ocasionalmente, consumir hachís con regularidad, fumar cigarrillos ocasionalmente, fumar 1 ó más paquetes de cigarrillos al día, tomar 1 ó 2 cañas casi todos los días, tomar 4 ó 5 cañas de cerveza casi todos los días, tomar 5 o más copas una vez o dos cada fin de semana, probar LSD ocasionalmente, consumir LSD con regularidad y probar anfetaminas ocasionalmente)?

- En esta pregunta, no hay diferencias significativas entre M1 y M3.

12. Cuánto te preocupa, en una escala de 0 a 10, el consumo de tabaco, alcohol, hachís, cocaína y éxtasis (0 equivale a “no me preocupa nada”, y 10 a “me preocupa mucho”).

- Las diferencias entre ambos grupos no son significativas salvo en la preocupación por el consumo de cocaína y de éxtasis que es mayor en M1. Sin embargo, con la realización de pruebas no paramétricas posteriores la relación entre M1 y M3, en el caso del éxtasis, deja de ser significativa. Por lo tanto, se puede aseverar que hay un punto menos, aproximadamente un 10% de variación en M1. Según estudios de Bachmann (Bachmann et al 2002) y SAMHSA, existe una correlación entre la percepción de riesgo y el consumo. Por lo que una variación en percepción de riesgo se puede considerar como una variación en el consumo.

Group Statistics

	Pretest, postest y grupo de comparación	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Me preocupa el consumo de tabaco del 0 al 10	Medición 1	137	5,8978	3,26137	,27864
	Medición 3	90	5,8019	2,96279	,31151
Me preocupa el consumo de alcohol del 0 al 10	Medición 1	142	4,9085	2,94610	,24723
	Medición 3	90	4,9571	2,41621	,25404
Me preocupa el consumo de cannabis del 0 al 10	Medición 1	135	5,7556	3,11105	,26776
	Medición 3	90	5,9354	2,72140	,28613
Me preocupa el consumo de cocaína del 0 al 10	Medición 1	125	7,8800	3,22440	,28840
	Medición 3	90	8,8063	2,05656	,21623
Me preocupa el consumo de éxtasis del 0 al 10	Medición 1	122	7,9754	3,31404	,30004
	Medición 3	90	8,7785	2,01548	,21191

13. ¿Has decidido hacer algo relacionado con tu consumo de alcohol u otras drogas?. En caso de contestar sí, ¿qué has decidido hacer? (planificar mi consumo, no mezclar sustancias, informarme sobre los efectos del consumo, asegurarme de que voy a consumir lo que me había propuesto, buscar alternativas al consumo, dejar de beber/consumir u otras)?

- Hay un 19.2% de personas en M1 que han decidido hacer algo.

Crosstab

			Pretest, postest y grupo de comparación		Total
			Medición 1	Medición 3	
Has decidido hacer algo relacionado con tu consumo de alcohol u otras drogas	No	Count	63	57	120
		% within Pretest, postest y grupo de comparación	43,4%	62,6%	50,8%
		Adjusted Residual	-2,9	2,9	
	Sí	Count	82	34	116
		% within Pretest, postest y grupo de comparación	56,6%	37,4%	49,2%
		Adjusted Residual	2,9	-2,9	
Total		Count	145	91	236
		% within Pretest, postest y grupo de comparación	100,0%	100,0%	100,0%

- En una relación altamente significativa hay un 35.1% más en M1 que han decidido planificar su consumo.

Crosstab

			Pretest, postest y grupo de comparación		Total
			Medición 1	Medición 3	
Planificar mi consumo	No	Count	43	30	73
		% within Pretest, postest y grupo de comparación	53,1%	88,2%	63,5%
		Adjusted Residual	-3,6	3,6	
	Sí	Count	38	4	42
		% within Pretest, postest y grupo de comparación	46,9%	11,8%	36,5%
		Adjusted Residual	3,6	-3,6	
Total		Count	81	34	115
		% within Pretest, postest y grupo de comparación	100,0%	100,0%	100,0%

- Las diferencias entre los dos grupos no son significativas en las afirmaciones: "Planificar mi consumo" y "Dejar de beber/consumir".

Crosstab

			Pretest, postest y grupo de comparación		Total
			Medición 1	Medición 3	
Está pensado en dejar de consumir	No	Count	69	63	132
		% within Pretest, postest y grupo de comparación	52,3%	72,4%	60,3%
		Adjusted Residual	-3,0	3,0	
	Sí	Count	61	24	85
		% within Pretest, postest y grupo de comparación	46,2%	27,6%	38,8%
		Adjusted Residual	2,8	-2,8	
	No sabe	Count	2	0	2
		% within Pretest, postest y grupo de comparación	1,5%	,0%	,9%
		Adjusted Residual	1,2	-1,2	
Total		Count	132	87	219
		% within Pretest, postest y grupo de comparación	100,0%	100,0%	100,0%

- Hay un 20% más de casos en M1 que han decidido no mezclar sustancias.
- Otro 20% más de casos en M1 afirman que van a asegurarse de que consumirán lo que se habían propuesto inicialmente.
- En M1 hay un 15% más de personas dispuestas a buscar alternativas al consumo en su tiempo de ocio.

14. ¿Crees que es necesario cambiar tus hábitos de consumo de alcohol u otras drogas? ¿Por qué?

- No hay diferencias significativas entre M1 y M3.

15. ¿Te has avergonzado de haber bebido alguna vez?

- Hay un 8% más de personas que se han avergonzado de haber bebido alguna vez en M1 respecto de M3.

16. ¿Qué dudas tienes con relación al consumo de drogas?

- No hay diferencias significativas en el número de dudas planteadas entre los dos grupos.

17. Edad, nivel de estudios, clase social, pertenencia a ONGs o Asociaciones Juveniles, participación en algún programa de prevención del consumo de alcohol u otras drogas.

- No existen diferencias significativas en la variable edad en ambos grupos.
- No existen diferencias significativas en cuantos al nivel de estudios en las dos mediciones.
- No se han detectado diferencias entre ambos grupos por clase social.
- Los datos de participación en ONG o Asociaciones Juveniles han sido similares en M1 y M3.
- Los dos grupos presentan cifras similares en cuanto a la participación en otros programas e prevención del consumo de alcohol u otras drogas.

La comparación entre M1 y M3 también ha permitido analizar las primeras diferencias en los resultados como se resumen en el siguiente cuadro resumen:

Tabla 15: Comparación M1 y M3

OBJETIVOS	INDICADOR	RESPUESTA	FUERZA DEL CAMBIO	
Cambio	Actitudes ante afirmaciones (p 5)	Hay cosas mucho más arriesgadas que probar cannabis... (p 5.5)	15% menos en responder "De acuerdo" en M1	
	La última noche que saliste, en caso de que hubieses planificado cuánto querías beber, ¿conseguiste cumplir con el límite fijado? (p 7)		No hay diferencias entre M1 y M3	
	¿Cuántos días te has emborrachado en el último mes y en la última semana? (p 8)		No hay diferencias entre M1 y M3	
	Riesgo (p 11)	Sólo en "Tomar 4 ó 5 cañas todos los días" (p 11.6)	Tendencia a más concepción de gran riesgo en M1 (11.5%)	
		Valoración 0-10 preocupación sustancias (p 12)	No significativa sólo en cocaína que hay más percepción de riesgo en M1.	
PLANIFICAR/ TOMA DE DECISIONES	¿Estás pensando dejar de consumir la droga más habitual?(p 3)		18.6% ("d")*	
	La última noche que saliste, ¿habías pensado cuánto querías beber? (p 7)		No hay diferencias	
	¿Has decidido hacer algo con tu consumo? (p 13)	Sí		Hay un 19.2% de personas en M1 que han decidido hacer algo.
		No mezclar sustancias		20% ("d")
		Asegurarme consumir lo propuesto		20% ("d")

		Buscar alternativas al consumo	15% ("d")
		Informarme	No significativo
		Dejar de consumir	No significativo
REFLEXIONAR/ TOMA DE CONCIENCIA	¿Sabes si el consumo de drogas afecta a tu salud? (p 10)		No hay diferencias
	¿Te preocupa que afecte? (p10)		9% más (d) sig. 1 cola nivel de confianza 90%)
	¿Crees que es necesario cambiar tus hábitos de consumo? (p 14)		No hay diferencias
	¿Te has avergonzado de haber bebido alguna vez? (p 15)		8% más de avergonzados por haber bebido
	Número de dudas (p 16)		No hay diferencias entre número de dudas

**"d" Diferencia de proporciones.

Podemos concluir que los grandes cambios que se han producido en las usuarias que han recibido la intervención de *Sales Hoy?* son:

- Cambio. Hay algunos indicadores de cambio:

- Hay un 15% menos de casos en M1 que están de acuerdo con la afirmación "Hay cosas mucho más arriesgadas que consumir cannabis".
- Hay una mayor conciencia de gran riesgo en la afirmación "Consumir 4 ó 5 cañas casi todos los días" en M1.

- Planificar/toma de decisiones:

- Un 18.5% más respecto a M3 está pensando en dejar de consumir la droga habitual.
- Hay un 19% de personas que están pensando hacer algo con su consumo, concretamente:
 - o Un 20% no mezclar sustancias.
 - o Un 20% asegura que va a consumir lo que se había propuesto en un principio.
 - o Un 15% buscar alternativas al consumo.

-Reflexionar:

- A un 9% más de personas en M1 le preocupa que las drogas afecten su salud.
- Un 8% de más de casos en M1 se han avergonzado de haber bebido alguna vez.

ANÁLISIS DE LA TEORÍA DEL PROGRAMA

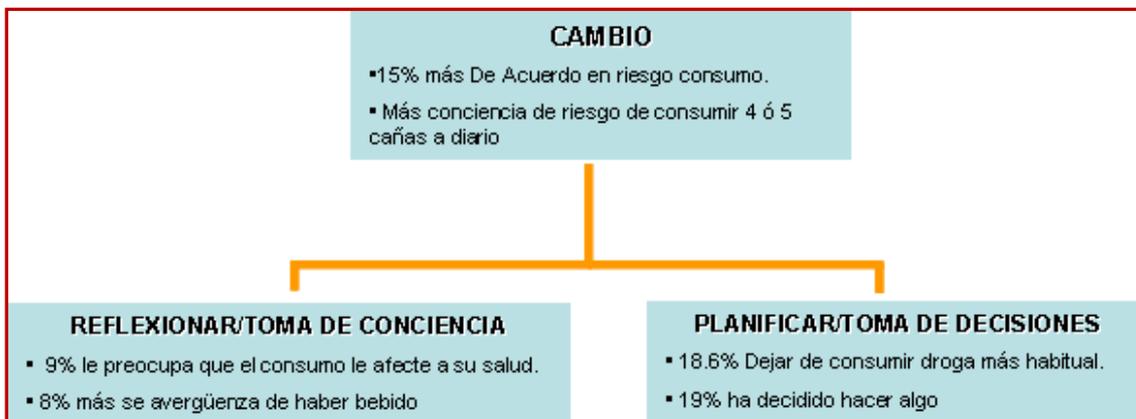


Figura 7: Análisis de la Teoría del programa, M1 y M3

ANÁLISIS BIVARIADOS ENTRE INDICADORES PARA VER LA ASOCIACIÓN ENTRE LOS OBJETIVOS

- **Indicador 1: Conciencia de riesgo de “tomar 4 ó 5 cañas de cerveza casi todos los días”:**
 - NO hay relación entre la percepción de riesgo (p 11) y la idea de dejar de consumir la droga habitual.
 - Por el contrario, Sí hay relación significativa entre la percepción de riesgo (p 11) con la pregunta “Has decidido hacer algo relacionado con tu consumo de alcohol u otras drogas” (p 13). En concreto **hay un 14.3% de personas** que consideran que es un Gran Riesgo consumir 4 ó 5 cañas casi todos los días y que han decidido hacer algo con su consumo de sustancias.
 - En el resto de los indicadores (planificar mi consumo, no mezclar sustancias, informarme sobre los efectos del consumo, asegurarme de que voy a consumir lo que me había propuesto en un principio, buscar alternativas al consumo, dejar de beber/consumir) NO hay relación.
- **Indicador 2: “Hay cosas mucho más arriesgadas que probar cannabis...”:**
 - NO hay relación significativa con “Estás pensando en dejar de fumar o de consumir la droga más habitual” (p 3).
 - NO hay relación con “Has decidido hacer algo con tu consumo de alcohol u otras drogas”(p 13)
 - Hay una tendencia llamativa en la idea de “Planificar mi consumo” (p 13.1). Se ha detectado que un 20.8% está totalmente de acuerdo con la idea de que “Hay cosas más arriesgadas que probar cannabis...” y que “Planifica su consumo” (p 13.1). Sin embargo, hay un 18% que está de acuerdo con esta misma afirmación sobre el cannabis y no planifica su consumo. La distancia léxica entre Totalmente de acuerdo y De acuerdo marca una polarización.
 - En el resto de las variables que en M1y M3 eran significativas, en este análisis no muestran indicios de cambio.
 - Ninguno de los indicadores de Reflexión son significativos.

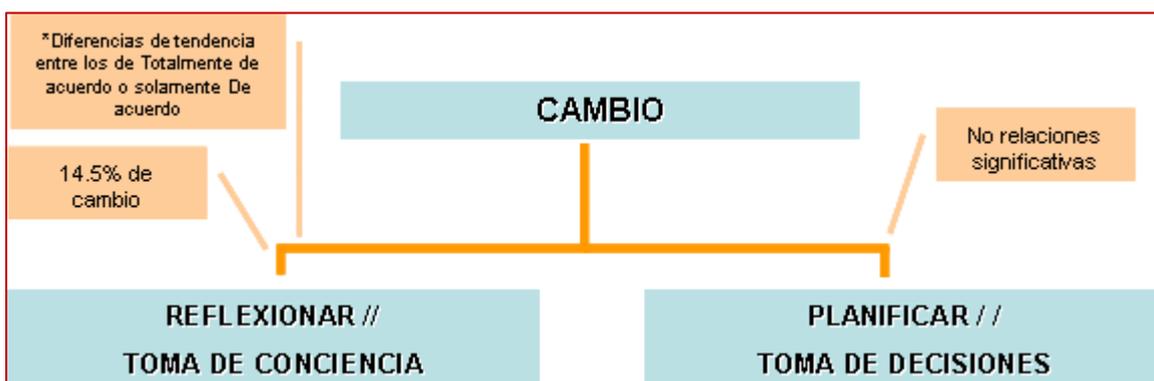


Figura 8: Análisis divariados entre indicadores, M1 y M3

4.1.4. Estrategia básica 2: comparación M1-M2

La comparación M1 – M2 ha permitido analizar el efecto del programa transcurridas 3 semanas tras la realización del primer cuestionario (M1).

Previamente al análisis de los resultados obtenidos, se ha procedido a comparar entre sí diversas variables de clasificación para comprobar la posible existencia de sesgos e identificar las variables que pueden estar influyendo en los resultados.

Tabla 16: Comparación M1 y M2, sesgos

1. ¿Has probado alguna vez el alcohol u otras drogas?

- En las usuarias que han probado alguna vez otras drogas, en M1 lo han hecho un 100% más que en M2.

			Pretest, postest y grupo de comparación		Total
			Medición 1	Medición 2	
Has probado alguna vez otras	No	Recuento	141	48	189
		% de Has probado alguna vez otras	74,6%	25,4%	100,0%
		Residuos corregidos	-2,3	2,3	
	Sí	Recuento	16	0	16
		% de Has probado alguna vez otras	100,0%	,0%	100,0%
		Residuos corregidos	2,3	-2,3	
Total	Recuento	157	48	205	
	% de Has probado alguna vez otras	76,6%	23,4%	100,0%	

- En definitiva, sólo se encuentran relaciones significativas en otras drogas, en el resto de drogas probadas no se aprecian diferencias significativas (tabaco, alcohol, cocaína, éxtasis, LSD, sedantes o tranquilizantes sin receta médica, colas, speed y pastillas).

2. ¿Qué hiciste el fin de semana pasado a estas horas?

- En M1 un 33% más de usuarias salieron de fiesta/fueron a la discoteca que en M2.

			Pretest, postest y grupo de comparación		Total
			Medición 1	Medición 2	
Salir de fiesta/ir a la discoteca	No	Recuento	107	24	131
		% de Salir de fiesta/ir a la discoteca	81,7%	18,3%	100,0%
		Residuos corregidos	2,5	-2,5	
	Sí	Recuento	47	24	71
		% de Salir de fiesta/ir a la discoteca	66,2%	33,8%	100,0%
		Residuos corregidos	-2,5	2,5	
Total	Recuento	154	48	202	
	% de Salir de fiesta/ir a la discoteca	76,2%	23,8%	100,0%	

- En el resto de respuestas no se aprecian sesgos significativos: *quedarse en casa, meterse en Internet, Ver la televisión, Ir al cine, Hacer botellón, salir a cenar y otros.*

3. ¿Has tenido alguno de los siguientes problemas por haber consumido alcohol u otras drogas?

- En M1, un 19,8% más de usuarias se han sentido enfermas por haber consumido sustancias en relación a M2.

			Pretest, postest y grupo de comparación		Total
			Medición 1	Medición 2	
Has tenido problemas de sentirte enfermo	No	Recuento	81	14	95
		% de Has tenido problemas de sentirte enfermo	85,3%	14,7%	100,0%
		Residuos corregidos	3,2	-3,2	
	Sí	Recuento	61	33	94
		% de Has tenido problemas de sentirte enfermo	64,9%	35,1%	100,0%
		Residuos corregidos	-3,2	3,2	
Total		Recuento	142	47	189
		% de Has tenido problemas de sentirte enfermo	75,1%	24,9%	100,0%
		Residuos corregidos			

- En el resto de respuestas no se aprecian sesgos significativos: *Accidente o lesión, escasez de dinero, pelea o discusión, problemas con tus padres, con amigos, con la policía y otras.*

4. Municipio de procedencia

- No hay diferencias significativas, salvo en el caso del municipio de Torrelodones que en M2 hay dos casos (en M1 ninguno).

5. Distrito de procedencia, clase social, últimos estudios finalizados, haber participado en una ONG o asociación juvenil, participación en programas de prevención, haber sido derivado a otros servicios o recursos especializados, derivados a los TPD.

- En estas preguntas no se aprecian diferencias o sesgos significativos que puedan estar influyendo en las variables.

Se han detectado los resultados que se incluyen en la siguiente tabla:

Tabla 17: Comparación M1 y M2

1. ¿Has probado alguna vez alcohol u otras drogas?

- En el caso del hachís, hay una reducción del 12.1%, es significativo a un 90% de confianza (0.08 un sola cola). Lo que se puede entender como que la muestra de M2 es de menos riesgo que M1, ya que como proviene de la misma población se ha dado una reducción en las sustancias consumidas en su vida.

2. ¿Cuántos días has consumido las siguientes drogas (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, éxtasis, speed, LSD u otras) en la última semana y en el último mes?

- De todas las sustancias preguntadas por su consumo en la semana y en el último mes, hay variaciones significativas en el caso del alcohol y del hachís, no siendo así en el resto de consumos. Las diferencias son las siguientes:

Group Statistics

	Pretest, postest y grupo de comparación	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Cuántos días has consumido alcohol en la semana	Medición 1	131	1,8092	2,06105	,18007
	Medición 2	47	1,2340	1,40206	,20451
Cuántos días has consumido alcohol en mes	Medición 1	118	7,5508	7,90174	,72741
	Medición 2	46	4,0435	3,01814	,44500
Cuántos días has consumido hachís	Medición 1	90	1,4222	2,44480	,25770
	Medición 2	34	,5000	1,48222	,25420
cuántos días has consumido hachís mes	Medición 1	82	5,8902	9,98518	1,10268
	Medición 2	34	2,4412	6,22405	1,06742

**Esta misma comparación con la prueba no paramétrica Nann Whitney el consumo de alcohol semana no es significativo y el hachís/mes lo es a un 90% de confianza

3. Actualmente, ¿estás pensando seriamente dejar de fumar o de consumir la droga más habitual?

- No hay diferencias significativas

4. ¿Tienes amigos que consuman las siguientes sustancias (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, éxtasis, LSD, tranquilizantes o sedantes sin receta médica, colas, pegamentos o disolventes, speed, pastillas u otras)?

- No hay diferencias significativas entre M1 y M2.

5. A continuación figuran afirmaciones de diversas personas sobre el consumo del cannabis (o hachís). Marca con una X, en una escala del 1 al 5 (donde 1 es totalmente desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo), la respuesta que más se aproxime a tu opinión.

- *Consumir cannabis puede ser agradable* → Hay un 27% más en M2 que no están seguros.
- *Un joven nunca debería probar el cannabis* → Hay un 12.6% más en M2 que están de acuerdo.
- *Hay pocas cosas más peligrosas que experimentar con cannabis* → Diferencias no significativas entre M1 y M2.
- *Consumir cannabis es divertido* → Diferencias no significativas entre M1 y M2.
- *Hay muchas cosas mucho más arriesgadas que probar cannabis* → Hay un 11.9% más en M2 que no están seguros.
- *Todo el prueba el cannabis acaba lamentándolo* → Diferencias no significativas M1 y M2.
- *Las leyes en materia de cannabis deberían ser más estrictas* → Hay un 20.9% más en M2 que no está seguros. También hay un 16.3% más en M1 que están totalmente desacuerdo.
- *El uso de cannabis es uno de los grandes males del país* → Diferencias no significativas entre M1 y M2.
- *El cannabis ayuda a la gente a tener una experiencia plena de la vida* → Diferencias no significativas entre M1 y M2.
- *En los colegios se deberían enseñar los peligros reales del consumo de cannabis* → Hay un 12.5% más en M2 que no están seguros. En M1 hay un 14.9% más que están de acuerdo.
- *La policía no debería meterse con los jóvenes que prueban el cannabis* → Hay un 18.9% más en M2 que no están seguros.
- *Probar el cannabis te hace perder el control de tu vida* → Diferencias no significativas M1 y M2.

A pesar del bajo tamaño muestral existen muchas relaciones significativas. Lo más llamativo es que el grupo de M2 ha variado hacia el "No estoy seguro" en porcentajes elevados de hasta un 21%. Así, dudan de que sea consumir cannabis sea agradable, de que no sea peligroso, de la inmunidad ante la policía, de lo estricto de la ley, y que se adviertan sus peligros en los colegios. Tienen algún posicionamiento claro como cuando dice un 12.6% más en M2 que están de acuerdo con que "Un joven nunca debería probar el cannabis...".

6. ¿Qué hiciste el fin de semana pasado a estas horas?

- No hay diferencias significativas entre M1 y M2.

7. La última noche que saliste, ¿habías pensado cuánto querías beber?

- No hay diferencias significativas entre M1 y M2.

8. ¿Cuántos días te has emborrachado (en el último mes y en la última semana)?

- No hay diferencias significativas entre M1 y M2.

9. ¿Has tenido alguno de los siguientes problemas por haber consumido alcohol u otras drogas (accidente o lesión, problemas con la policía, escasez de dinero, sentirme enfermo, pelea o discusión, problemas con tus padres, problemas con amigos u otros)?

- M2 ha tenido un 13% menos problemas con la policía que M1. En el resto de problemas no hay diferencias significativas.

Crosstab

			Pretest, postest y grupo de comparación		Total
			Medición 1	Medición 2	
Has tenido problemas con la policía	No	Count	99	39	138
		% within Pretest, postest y grupo de comparación	69,7%	83,0%	73,0%
		Adjusted Residual	-1,8	1,8	
	Sí	Count	43	8	51
		% within Pretest, postest y grupo de comparación	30,3%	17,0%	27,0%
		Adjusted Residual	1,8	-1,8	
Total	Count	142	47	189	
	% within Pretest, postest y grupo de comparación	100,0%	100,0%	100,0%	

10. ¿Sabes si el consumo de drogas afecta a tu salud? En caso de Sí, ¿te preocupa que el consumo de drogas afecte a tu salud?

- No hay diferencias significativas entre M1 y M2.

11. En tu opinión, en una escala del 1 al 4 (donde 1 es “ningún riesgo”, y 4 “gran riesgo”), ¿cuánto riesgo existe de que alguien se perjudique a sí mismo por probar el hachís ocasionalmente, consumir hachís con regularidad, fumar cigarrillos ocasionalmente, fumar 1 ó más paquetes de cigarrillos al día, tomar 1 ó 2 cañas casi todos los días, tomar 4 ó 5 cañas de cerveza casi todos los días, tomar 5 o más copas una vez o dos cada fin de semana, probar LSD ocasionalmente, consumir LSD con regularidad y probar anfetaminas ocasionalmente)?

- En la afirmación “Probar hachís ocasionalmente” hay un 19.3% más de casos en M2 que consideran que este hecho implica un pequeño riesgo.
- “Tomar 4 ó 5 cañas casi todos los días”: hay un 9.3% más en M1 que no cree que tenga ningún riesgo y un 15.5% en M2 que considera que conlleva un riesgo moderado.
- “Tomar 5 ó más copas una vez o dos cada fin de semana”: hay asociación entre las dos variables. La tendencia es la siguiente: M1 consideran que no hay riesgo o que éste es muy grande. En M2 consideran que es pequeño o moderado. En definitiva, en M1 está más polarizada la respuesta.

Universalidad

Unidad

Voluntariado

Independencia

Neutralidad

Imparcialidad

Humanidad

12. ¿Cuánto te preocupa, en una escala de 0 a 10, el consumo de tabaco, alcohol, hachís, cocaína y éxtasis (0 equivale a “no me preocupa nada”, y 10 a “me preocupa mucho”).

- De las 5 sustancias propuestas, solo en dos de ellas las diferencias son significativas.

Group Statistics

Pretest, postest y grupo de comparación		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Me preocupa el consumo de alcohol del 0 al 10	Medición 1	142	4,9085	2,94610	,24723
	Medición 2	47	6,6809	2,27564	,33194
Me preocupa el consumo de cannabis del 0 al 10	Medición 1	135	5,7556	3,11105	,26776
	Medición 2	47	7,1277	2,03894	,29741

- En Alcohol: En M2 se percibe un incremento de 1.78 puntos de percepción de riesgo (18%).
- En Cannabis: En M2 se percibe un incremento de 1.4 puntos de percepción de riesgo (14%).

13. ¿Has decidido hacer algo relacionado con tu consumo de alcohol u otras drogas?. En caso de contestar sí, ¿qué has decidido hacer(planificar mi consumo, no mezclar sustancias, informarme sobre los efectos del consumo, asegurarme de que voy a consumir lo que me había propuesto en un principio, buscar alternativas al consumo, dejar de beber/consumir u otras)?

- No hay diferencias significativas entre M1 y M2.

14. ¿Crees que es necesario cambiar tus hábitos de consumo de alcohol u otras drogas? ¿Por qué?

- No hay diferencias significativas entre M1 y M2.

15. ¿Te has avergonzado de haber bebido alguna vez?

- Hay más gente que se avergüenza de haber bebido en M1.

¿Te has avergonzado de haber bebido alguna vez? * Pretest, postest y grupo de comparación Crosstabulation

		Pretest, postest y grupo de comparación		Total	
		Medición 1	Medición 2		
¿Te has avergonzado de haber bebido alguna vez?	No	Count	59	27	86
		% within Pretest, postest y grupo de comparación	41,8%	56,3%	45,5%
		Adjusted Residual	-1,7	1,7	
	Sí	Count	82	21	103
		% within Pretest, postest y grupo de comparación	58,2%	43,8%	54,5%
		Adjusted Residual	1,7	-1,7	
Total	Count	141	48	189	
	% within Pretest, postest y grupo de comparación	100,0%	100,0%	100,0%	

16. ¿Qué dudas tienes con relación al consumo de drogas?

- No hay diferencias significativas entre M1 y M2.

Universalidad

Unidad

Voluntariado

Independencia

Neutralidad

Imparcialidad

Humanidad

A continuación, se muestra un cuadro-resumen con los cambios más significativos que se han producido:

Tabla 18: Resumen comparación M1 y M2

OBJETIVOS	INDICADOR	PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO	FUERZA DEL CAMBIO
CAMBIO	Consumo	¿Cuántos días has consumido las siguientes drogas? (p 2)	- Alcohol/semana: 0.6 días. -Alcohol/mes: 3.5 días. -Hachís/semana: 0.9 días. -Hachís/mes: 3.45 días.
		¿Cuánto riesgo existe de que alguien se perjudique a sí mismo por...? (p 11)	- "Probar hachís ocasionalmente": hay un 19.3% más en M2 que considera que tiene pequeño riesgo. -"Tomar 4 ó 5 cañas casi todos los días": hay un 9.3% más en M1 que no cree que haya ningún riesgo y un 15.5% en M2 que considera que el riesgo es moderado. - "Tomar 5 ó más copas...": la tendencia es que en M1 consideran que no hay riesgo o que este es muy grande y en M2 que es pequeño o moderado. En M1 está más polarizada la respuesta.
		¿Cuántos días te has emborrachado...?(p 8)	- No significativo.
		La última noche que saliste, en caso de que hubieses planificado cuánto querías beber, ¿conseguiste cumplir con el límite fijado? (p 7)	- No significativo.
	Riesgo	Valoración 0-10 preocupación sustancias (p 12)	- Alcohol: En M2 un incremento de 1.78 puntos. - Cannabis: En M2 un incremento de 1.4 puntos de percepción de riesgo.
	PLANIFICAR/ TOMA DE DECISIONES	Actitudes ante afirmaciones (p 5)	Consumir cannabis puede ser agradable...
Un joven nunca debería probar el cannabis...			- Hay un 12.6% más en M2 que están de acuerdo.
Hay pocas cosas más peligrosas que experimentar con cannabis...			- No significativo.
Consumir cannabis es divertido...			- No significativo.
Hay muchas cosas mucho más arriesgadas que probar cannabis...			- Hay un 11.9% más en M2 que no están seguros.
Todo el que prueba el cannabis acaba lamentándolo...			- No significativo.
Las leyes en materia de cannabis deberían ser más estrictas...			Hay un 20.9% más en M2 que no está seguros. También hay un 16.3% más en M1 que están totalmente desacuerdo.
El uso de cannabis es uno de los grandes males del país...			No significativo.
El cannabis ayuda a la gente a tener una experiencia plena de la vida...			No significativo.

Universalidad		En los colegios se deberían enseñar los peligros reales del consumo de cannabis...	Hay un 12.5% más en M2 que no están seguros. En M1, hay un 14.9% más que están de acuerdo.
		La policía no debería meterse con los jóvenes que prueban el cannabis...	Hay un 18.9% más en M2 que no están seguros.
		Probar el cannabis te hace perder el control de tu vida...	No significativo.
		Consumir cannabis puede ser agradable...	Hay un 27% más en M2 que no están seguros.
Unidad		¿Estás pensando dejar de consumir la droga más habitual?(p 3)	No significativo.
		La última noche que saliste, ¿habías pensado cuánto querías beber? (p 7)	No significativo.
		¿Has decidido hacer algo con tu consumo? (p 13)	No significativo.
Voluntariado	REFLEXIONAR/ TOMA DE CONCIENCIA	¿Sabes si el consumo de drogas afecta a tu salud? (p 10)	No significativo.
		Te preocupa que afecte (p10)	No significativo.
		¿Crees que es necesario cambiar tus hábitos de consumo? (p 14)	No significativo.
		¿Te has avergonzado de haber bebido alguna vez? (p 15)	Hay menos población en M2 avergonzada de haber bebido.
		Número de dudas (p 16)	Existe algo más de dudas en M2.
Independencia	REFLEXIONAR/ TOMA DE CONCIENCIA		
Neutralidad	REFLEXIONAR/ TOMA DE CONCIENCIA		
Imparcialidad	REFLEXIONAR/ TOMA DE CONCIENCIA		
Humanidad	REFLEXIONAR/ TOMA DE CONCIENCIA		

ANÁLISIS DE LA TEORÍA DEL PROGRAMA

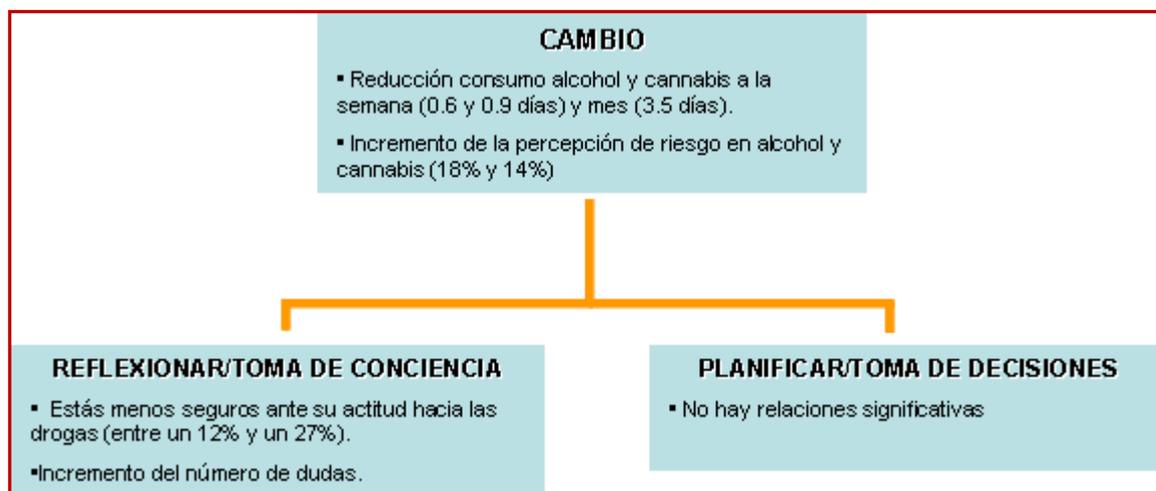


Figura 8: Análisis de la Teoría del Programa, M1 y M2

ANÁLISIS BIVARIADOS ENTRE INDICADORES PARA VER LA ASOCIACIÓN ENTRE LOS OBJETIVOS

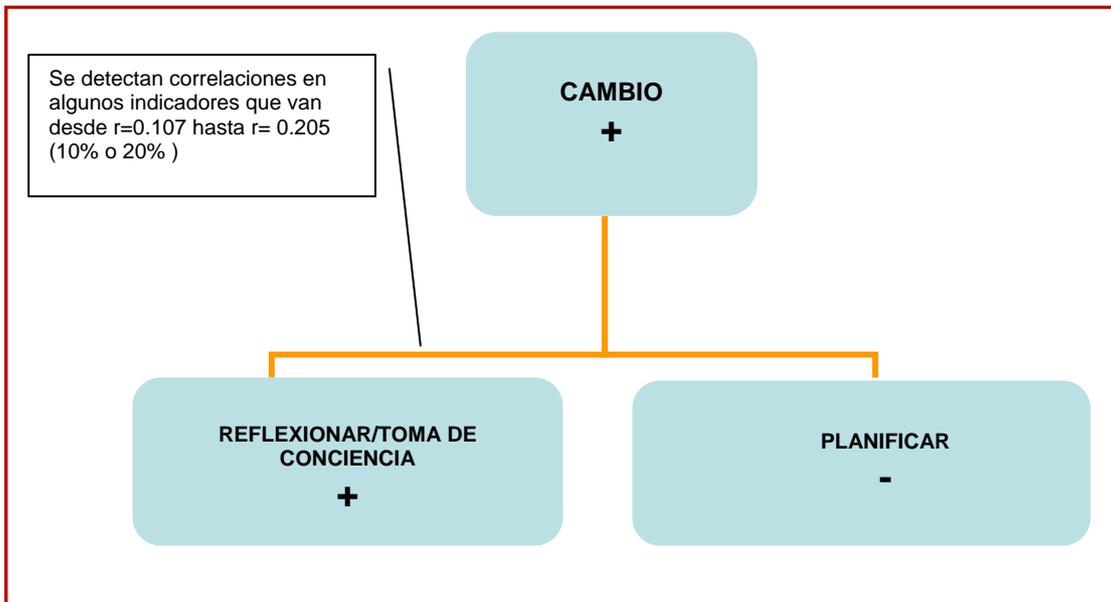
Correlaciones y asociaciones entre indicadores de los objetivos intermedios y el objetivo final:

Tabla 19: Análisis bivariado entre indicadores y objetivos, M1 y M2

INDICADOR	consumo alcohol semana	consumo alcohol mes	consumo cannabis semana	consumo mes	me preocupa el consumo de alcohol	me preocupa el consumo de cannabis
Consumir cannabis puede ser agradable...	-0.139	-0.107	No sig.	No sig.	No sig.	No sig.
Un joven nunca debería probar el cannabis...	No sig.	No sig.	No sig.	No sig.	No sig.	No sig.
Hay muchas cosas mucho más arriesgadas que probar con cannabis...	-0.114	-0.122	No sig.	No sig.	No sig.	No sig.
Las leyes en materia de cannabis deberían ser más estrictas...	-0.205	-0.156	-0.162	No sig.	No sig.	0.134*
En los colegios se debería enseñar los peligros reales del consumo de cannabis...	No sig.	No sig.	No sig.	No sig.	No sig.	No sig.
La policía no debería meterse con los jóvenes que prueban el cannabis...	No sig.	+0.140	No sig.	No sig.	No sig.	No sig.
Número de dudas planteadas	No sig.	No sig.	No sig.	No sig.	No sig.	No sig.

* Sig al 90% de confianza

Figura 9: Análisis divariados entre indicadores, M1 y M2



4.1.5. Estrategia básica 3: valoraciones del equipo de intervención sobre las usuarias

En el Cuestionario a Usuarias realizado por el Equipo de Intervención (M1), éstos debían valorar una serie de aspectos relacionados con los objetivos del proyecto una vez finalizada la intervención. Se presentan las siguientes conclusiones:

- **Cambio:**
 - o Necesidad de cambio 36.7%; apenas manifiestan resistencia 3.3%
 - o Tiene motivación para el cambio: 36.7%
- **Reflexión:**
 - o Toma de conciencia: 67.8%
 - o Dudas: 43.7%
 - o Tiene conciencia de necesidad de cambiar: 43.3%
- **Planificación:**
 - o Planifica las condiciones para cambiar: 30%

4.1.6. Estrategia básica 4: valoraciones cualitativas sobre los resultados

En relación al cambio existe la percepción de los voluntarios de que están ayudando a los jóvenes: - *Yo creo que está bastante bien; también soy bastante más estricta, creo que se puede sacar bastante más partido, seguro que algo se puede hacer para hacernos escuchar todavía más, pero lo que está claro es que de cada diez jóvenes que nos escuchan o se acercan al puesto a tres seguro que les ayudamos. Luego hay otros que se lo toman en plan ya están dando por saco con el mismo tema, pero yo creo que algunos sí escuchan, sí prestan atención. También es darles información, que se conciencien en este tipo de temas, pero yo sigo con mi cabezonería que algo se puede hacer para que nos escuchen más, algo tiene que haber más, hacernos oír más de lo que ya todavía se hace - (GD, pág. 3).*

En esta misma línea se argumenta desde Cruz Roja Juventud que está consiguiendo un cambio de actitud, - que la gente reflexione, el cambio de actitud, que eso se personalice y sea una decisión tomada por la persona, y no tanto porque la gente te diga no hagas esto o no hagas lo otro. Que quizá es la filosofía más importante del proyecto - (E1, pág. 4).

Sin embargo, en la idea contraria hay usuarias que no ven resultados en programas de prevención como *Sales Hoy?*: - *Sinceramente me parece esto no llega a nada y que nunca llega a nada, y que está bien saber las iniciativas y tal y empezarlo y pascual pero es que luego, no sé, yo al menos no veo ningún tipo de resultado por ningún lado y siempre todo es lo mismo así que no - (GR, pág. 3).*

En relación a la **toma de conciencia y la reflexión**, otro de los objetivos del proyecto, diferentes actores respaldan la idea de que este objetivo del proyecto se está logrando: - *Que está guay, que siempre están bien estas cosas, yo que sé, es más información y a lo mejor pensar, qué te des cuenta a lo mejor de los errores que puedas tener - (GR, pág. 2).* - *Me parece bien lo de concienciar a la gente y las campañas a pie de calle, son mucho más interesantes que si se hicieran en centros juveniles que la gente no visita - (GR, pág. 2).* - *Creo que es un programa útil en el sentido de que da información, es decir, pone información en lugares de ocio nocturno, y eso seguro que hay gente que llega y se lleva esa información. También se interactúa con gente y se busca la reflexión, esto es lo que hay que evaluar, si realmente se hace, yo creo que sí, ahora, a qué niveles, o si es rentable - (E3, pág. 3).*

– Yo, por experiencias que he tenido con gente, he visto que por lo menos hay determinadas personas que sí, que en el momento parece que les hace reflexionar un poco - (E2, pág. 1).

4.1.7. Estrategia básica 5: datos de derivaciones

- **No intervenciones reales con usuarias derivadas a TPD:** En 2009 se derivó a un total de 118 jóvenes desde *Sales Hoy?* a Madrid Salud (es decir, el 4% de las usuarias con los que intervino el proyecto en 2009). Hubo que cambiar el protocolo a mediados de 2009 de los jóvenes que se derivaban a los TPD porque nunca llegaban a contactar con aquellos. Se pasó a solicitar los datos de las usuarias desde *Sales Hoy?* para que fueran los propios TPD quienes realizaron el contacto, pero el resultado no fue positivo: se proporcionaron los datos de 17 personas, de las cuales se contactó solamente con 5 (con el resto no se estableció contacto), aunque no llegó a concretarse ninguna intervención real (se argumenta que no tenían una demanda concreta en drogas).
- **Potencial de derivación:** Durante el trabajo de campo se ha constatado el alto número de derivaciones realizadas, no sólo a los TPD, sino a otros recursos de información más especializados. Así, se derivó a un 10,6% de usuarias a los TPD, y a un 16,3% a otros servicios especializados. En total, las personas derivadas a algún tipo de servicio suponen un 22% (*OB y C. Usuarías*). Esta cifra avala el alto potencial del proyecto en derivación.
- **Derivar como objetivo:** Se ha constatado, especialmente entre los coordinadores y Cruz Roja Juventud, que la derivación es otro de los objetivos no explícitos del proyecto: - *Inevitablemente la gente de Madrid Salud mide esto desde unos términos quizá muy de derivación, es decir, le ponen mucha importancia al hecho de que la gente que nosotros supuestamente derivamos, les llegue* - (E-1, pág. 12).

CONCLUSIÓN DE RESULTADOS/OBJETIVOS

En la comparación M1-M3 hay indicadores positivos que hablan de cumplimiento de los dos niveles de objetivos. Los porcentajes de cambios oscilan entre el 15% en "Cambio" y entre el 18%-20% en "Planificar". En "Toma de conciencia" los logros son menores, entre un 8% y 9%. Cuando se analiza la relación entre los dos niveles de objetivos, es decir, cuándo se quiere saber si los objetivos operativos logran el objetivo final, se detecta que hay una relación entre "Planificar" y "Cambio" del 14.5%.

Dado que en el momento de la M1 se ha implementado todavía poco la acción preventiva se hipotiza que los cambios observados pueden ser debidos a la existencia de una predisposición de la población que se acerca a la carpa a cambiar hábitos relacionados con el consumo. Esto no ocurría en la población M3 porque el cuestionario se hacía sin el respaldo de la carpa.

En la comparación M1-M2, después de tres semanas de la intervención, se detectan cambios sustanciales con relación al consumo. Se reduce entre medio día y un día a la semana el consumo y en torno a tres días y medio al mes. Se incrementa en un 18% y 14% la percepción de riesgo de consumir alcohol y hachís, indicador que mantiene una correlación inversa proporcional al consumo de dichas sustancias.

La toma de conciencia, "reflexión" se ha incrementado, están menos seguros con relación a las drogas (hay variaciones desde 12% a 27%) y se incrementa el número de dudas. Hay relación entre "reflexión" y "cambio". Es decir, un incremento de la reflexión provoca una disminución entre el 10% o el 20% en las variables mediadoras de consumo. Con "planificar" no se aprecian cambios y por tanto tampoco guarda relación con la meta final.

Por lo tanto, estos datos vienen a decir que se logra parte del objetivo final "cambio" y que al menos la teoría del programa funciona (entre un 10 y 20%) con el objetivo de "reflexión" (no se puede saber si esto ocurriría con "planificación").

Este escenario es coherente con las informaciones provenientes de otras estimaciones. Los técnicos del programa piensan que alrededor de un 37% tienen motivación para el cambio y que no manifiestan resistencias. También en opinión de los entrevistados y de los voluntarios entienden que el programa ayuda y cambia la actitud. Si además tomamos las derivaciones como un indicador de que hay interés efectivo en cambiar algo de su vida, ya que han solicitado recursos concretos o han dado sus datos personales, se obtiene que un 22% estaría en esa situación de predisposición hacia el cambio. No obstante, hay que tener en cuenta que hay opiniones discordantes: en la grabación (a usuarias) se recoge alguna opinión que no ven los resultados al programa.

En el caso del objetivo de la reflexión ocurre algo parecido. El Equipo de Intervención valora que entre un 43% y un 68% toman conciencia o formulan dudas. Los informantes explicitan claramente que el proyecto *te ayuda a pensar, a reflexionar, te conciencia*.

En cambio, con la planificación las cosas no están tan claras. Tiene resultados positivos y significativos en M1-M3 pero hay dudas sobre si dichos cambios son debidos a una predisposición precisa, esto no se repite en M1-M2. Las valoraciones del Equipo de Intervención dicen que planifican el cambio un 30%, el porcentaje más bajo valorado por los técnicos. No se han registrado verbalizaciones cualitativas sobre que el programa logre algo en este objetivo.

Observando la dirección de las informaciones de las cinco fuentes de estimación, se puede **concluir** que:

- **Objetivo "Cambio": Se logra entre un 14%-18% y se reduce el consumo entre medio o un día a la semana o tres y medio al mes.**
- **Objetivo "reflexión": Se logra un cambio entre 12% y 27%.**
- **Objetivo "planificación": No hay datos concluyentes sobre el logro.**
- **Además, el incremento de la reflexión contribuye al "cambio" entre un 10% y 20%.**

Universalidad

Unidad

Voluntariado

Independencia

Neutralidad

Imparcialidad

Humanidad

4.2. Procesos

Los procesos son una secuencia ordenada de actividades, interrelacionadas entre sí, precisas para dar respuesta o prestar servicio al ciudadano, como cliente, usuario o beneficiario del servicio o prestaciones y que crean valor intrínseco para el cliente³. A través de la ejecución de los diferentes procesos el proyecto puede ejecutarse y lograr los resultados y objetivos perseguidos.

Todas las organizaciones o entidades cuentan con una serie de procesos sin los cuales el proyecto no podría implementarse. En esta evaluación se han identificado ocho procesos, se aporta información de tres de ellos, siendo el de intervención el proceso clave del proyecto.

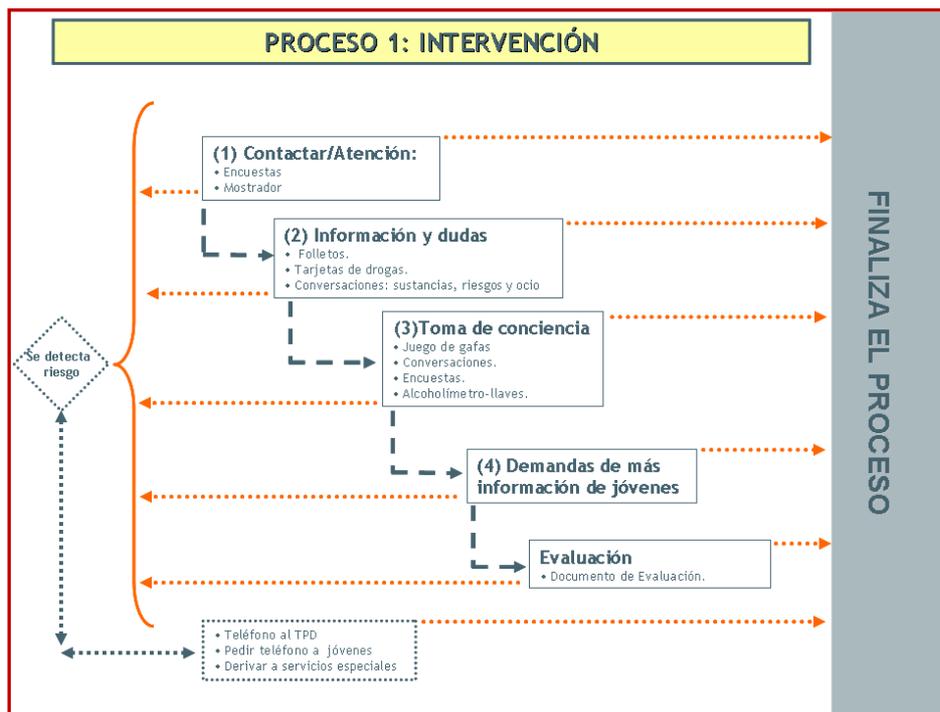


Figura 10: Proceso de Intervención

4.2.1. Proceso 1: Intervención

Se trata de uno de los procesos críticos del proyecto al ser la intervención de *Sales Hoy?* con la población objetivo. Incluye las actividades y acciones que se implementan durante el día de la intervención. Este proceso se articula en las siguientes fases:

- 1. Captación o atención de usuarias:** Se utilizan dos herramientas: el mostrador, con presencia de miembros del Equipo de Intervención (para atender a las usuarias que se acerquen a la carpa), y el cuestionario sobre consumo de drogas que se realiza a las usuarias y que se utiliza como herramienta de captación.

Dentro de este proceso juega un papel importante la escenografía en torno a la carpa, la música y la creación de un ambiente que logre atraer la atención de la población diana. *Sales Hoy?* pretende generar elementos de atracción.

³ JCyL, 2004.

2. **Resolución de dudas e información:** Una vez se ha contactado o captado a la usuaria, se establece un primer proceso de comunicación. Se resuelven dudas y se ofrece información del objeto del proyecto, el motivo de la presencia de la carpa y de la temática de las drogas.
3. **Toma de conciencia:** Para concienciar sobre los riesgos derivados del consumo de sustancias se realizan una serie de juegos/actividades que de una forma lúdica ayuden a la toma de conciencia, o bien a través de conversaciones que permitan abordar esta temática.
4. **Resolución de demandas de información y dudas en mayor profundidad:** A diferencia de fases anteriores, se abordan de una forma más profunda e individualizada las demandas planteadas por las usuarias.
5. **Evaluación Interna:** Tras realizar los juegos/actividades y finalizada la intervención, el Equipo rellena un documento de evaluación interno valorando los resultados logrados tras la intervención. Como regla general, se elaboran cuando la usuaria ha pasado por todas la fases, es decir, se ha realizado la intervención completa.
6. **Derivación a servicios especializados:** En todas las fases, siempre que se considere que la usuaria necesita una atención más individualizada y específica, se derivará a otros recursos especializados (como los TPD).

Tabla 20: Fases de intervención del proceso clave

Tabla 20: Fases de intervención del proceso clave				
FASES DE LA INTERVENCIÓN DE SALES HOY?		ACTIVIDADES	HERRAMIENTAS	DERIVACIÓN
		Captación y atención de usuarias	Mostrador Cuestionario Escenografía: carpa, música, etc.	Siempre que se considere necesario, se derivará a la usuaria a recursos o servicios más especializados, como los TPD
		Primera comunicación: dudas e información	Folletos Conversaciones	
		Toma de conciencia	Juegos: Intoxicación Etilica, alcoholímetros y otros Conversaciones	
		Demandas de información y dudas en mayor profundidad	Conversaciones Folletos informativos	
		Evaluaciones internas: valoración de el proyecto	Documentos de evaluación	

DATOS RECOGIDOS DE LAS FASES

- **Secuencia lógica en las fases de intervención y flexibilidad:** Como norma general, se contacta con la usuaria (a través del cuestionario o mostrador) y se establece una primera conversación, resolviendo dudas o dando información; si se considera preciso (o es posible) se realizan los juegos para la toma de conciencia. Esto no es siempre así, ya que el proyecto muestra flexibilidad para ajustar las fases al perfil de cada usuaria y sus necesidades: el que solamente quiere un folleto lo coge y se va, se conversa en función de las demandas e interés mostrado o se realizan los juegos cuando se considera preciso.
- **La gente se acerca:** Dentro de la fase de captación se ha observado buena aceptación por parte de las usuarias. No existe ningún tipo de rechazo a la escenografía y a los canales utilizados (mostrador y cuestionarios) para captar a

las usuarias. La carpa logra atraer su atención gente y genera enigma, la consideran llamativa e interesante, destacando aspectos como el ruido y los colores: - *Pues llama mucho la atención porque se escuchan los extractores y hay muchos colores y parece una carpa que venden cosas o así. Entonces te acercas inevitablemente y ves mogollón de folletos, preguntas de qué va la cosa y de repente te están encuestando y bueno, y no sé, las preguntas están interesantes y como la gente es joven y así pues te entretienes y el juego está guay, yo me lo pasé muy bien* - (GR, pág. 2).

Tanto el Equipo de Intervención como el de Evaluación (en la observación) han confirmado este aspecto, siendo un gran número de personas las que miran la carpa, se acercan y se interesan por el motivo de su presencia: - *Es un programa que no tiene símbolos que lo identifiquen específicamente con ninguna política respecto a las drogas, entonces la gente ve información y se la lleva, y charla y reflexiona, le hacen preguntas. Como tampoco se dice no bebas o bebe más, sino que bueno, ¿por qué bebes? ¿qué alternativas tienes para beber? Eso a nadie molesta, las preguntas no ofenden* - (E3, pág. 8).

- **Encuestas útiles:** La encuesta es uno de los medios principales de captación. Se trata de una herramienta que permite al Equipo de Intervención acercarse a las usuarias de forma natural, ya que a través de las preguntas que se realizan sobre consumo de drogas se establece un proceso de comunicación ágil y fluido. Las preguntas y respuestas ofrecen la oportunidad de informar y adaptar la información en función del perfil de las usuarias. Son pocas las que rechazan realizar los cuestionarios: - *A mí casi nadie me ha dicho que no* - (E2, pág. 5), - *La encuesta, pues muy buena porque trata de prevenir a los jóvenes de drogas y enfermedades de transmisión sexual* - (GR, pág. 1). Por lo tanto, la encuesta es un canal de captación que permite interactuar adecuadamente con las usuarias (OB), que lo valoran como interesante y el Equipo de Intervención como útil: - *A mí me parecen útiles, a veces intervenir primero invitándoles a la carpa a jugar y hacerles luego el cuestionario* - (E2, pág. 5). Los cuestionarios son la forma mayoritaria de captar usuarias, 81,5%, del total, frente al 18,5% que lo hacen a través del mostrador (C. Usuaris).

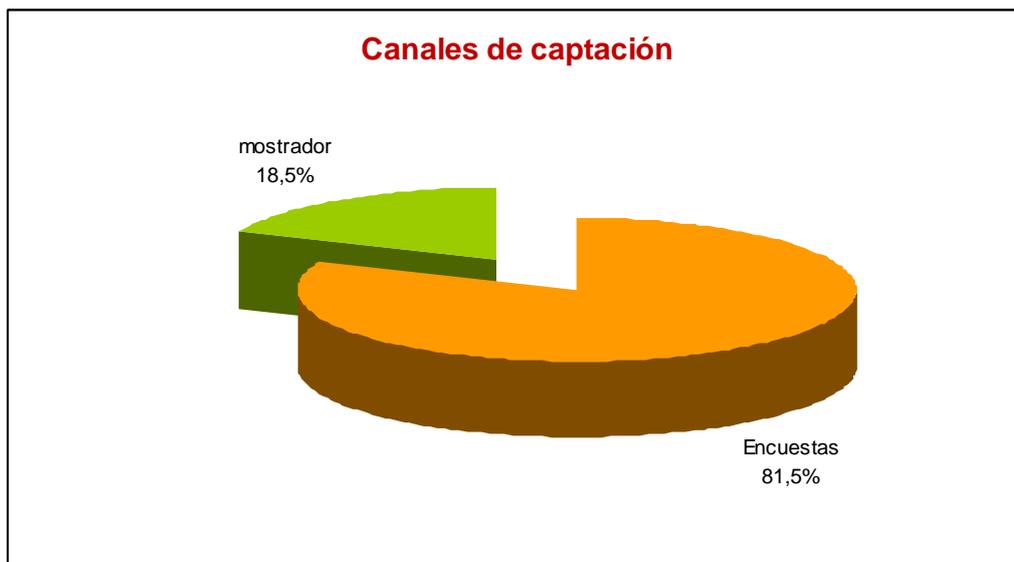


Gráfico 1: Canales de captación de usuarias

- **Mostrador, gran potencial pero desaprovechado:** Otro de los canales de comunicación y captación de usuarias es el mostrador situado en la carpa, donde hay diversos folletos informativos a disposición de las usuarias y en el que suele haber un miembro del Equipo de Intervención que informa sobre el objeto del

proyecto y resuelve cualquier duda que se plantee. Se ha observado que además ofrece la oportunidad de que quien quiera se lleve un folleto informativo sin necesidad de establecer una comunicación más profunda. Se ha estimado que se reparten una media de 77 folletos por intervención.

Se han detectado algunos aspectos mejorables, como los relacionados con el perfil y actitud de algunos miembros del Equipo de Intervención. No existen criterios claros del perfil de voluntario que debe estar en el mostrador, aunque sería aconsejable que estuviera alguien de carácter abierto que estimulara conversaciones, resolviera las dudas de forma adecuada y retuviera a las usuarias. No se han encontrado protocolos al respecto. También se han observado algunas actitudes que no favorecen el acercamiento de las usuarias, como sucede cuando los miembros del Equipo de Intervención se sitúan en grupo en torno al mostrador y dificultan el acceso.

También se ha detectado que la cartelería está algo descuidada y la escenografía podría contar con un mejor diseño. Estas actitudes provocan que a través del mostrador tan sólo se capte al 18,5% del total de usuarias, frente al 81,5% de los cuestionarios (*C. Usuarias*), a pesar del gran número de personas que se acercan al mostrador y preguntan sobre el motivo de la presencia de la carpa.

- **Puedes preguntar:** Dentro de la fase de información y resolución de dudas planteadas por las usuarias, hay unanimidad al considerar que se establece una comunicación fluida entre las usuarias y el Equipo de Intervención.

Los voluntarios valoran por encima de todo que se interactúa con la usuaria, y éstos a su vez que pueden preguntar y que son escuchados: - *Yo creo que al final te vas quedando con la gente, te acercas a la gente y les informas bastante, y además de una manera un poco objetiva, y de la manera que ellos quieren, que se les informe, pero a su nivel, o sea, pues echándoles un cable, diciendo mira, haz esto, como lo hacemos habitualmente, les informamos mediante proyectos y tal y si no, pues con las dinámicas; yo creo que con las dinámicas es como más coge conciencia la gente, porque la verdad es que bueno, lo hemos visto, todo el que entra a hacer dinámicas es porque de verdad se quiere mojar un poco, esos son los que cogen conciencia – (GD, pág. 4). - Lo bueno es eso, que te sientan en un sitio y se ponen a hablar contigo, que no es lo típico, que te dan libros para que te los leas porque la mayoría los tira a la basura - (GR, pág. 3). - O que te juzgan, te juzgan y si te juzgan te vas -.- Y lo que tienen es que hablarte y explicarte y quitarte las dudas - (GR, pág. 3).*

- **¿Información no moralista y objetiva?:** Diferentes actores clave del proyecto resaltan que la información que proporciona *Sales Hoy?* debe ser objetiva y no moralista, alejándose de valoraciones personales. Este aspecto es clave para la captación de usuarias, reacias a recibir “charlas” sobre un tema tan complejo como el consumo de drogas. Las usuarias valoran que se trate de una información no moralista y que les expliquen e informen sobre las drogas sin un componente político o ideológico: - *Si te juzgan te vas - (GR, pág. 3).*

- **Reducido número de dudas planteadas por las usuarias.** El Equipo de Intervención ha detectado que solamente el 43.7% plantearon dudas durante la realización de los cuestionarios.

- Se ha detectado que hay un **gran número de folletos que no** tienen una **relación directa con las drogas**, como los que abordan la sexualidad o informan sobre la labor de Cruz Roja (ambos suponen el 28% del total de folletos). Además, no existe una adaptación a la hora de proporcionar los folletos según el perfil de las usuarias en función del sexo, la edad o tipología de consumo. Sin embargo, sí que existen algunos protocolos en relación a algunos folletos, en especial las tarjetas o *flyers* diseñados por Cruz Roja que

informan sobre los riesgos y efectos de cada tipo de droga: sólo están disponibles para la totalidad de las usuarias aquellas que hacen referencia a drogas más comunes (tabaco, alcohol o cannabis), mientras que las que se refieren al resto de sustancias sólo se proporcionan en casos puntuales (LSD, Ketamina, etc.).

TIPOLOGÍA	Nº	%
Drogas	18	56,25%
Sexualidad	7	21,88%
TPD	2	6,25%
Presión	1	3,13%
Ocio	2	6,25%
Cruz Roja	2	6,25%
TOTAL	32	100%

- **Juegos y actividades: divertidos pero escasos:** De una forma lúdica se intenta que las usuarias tomen conciencia sobre los riesgos o efectos del consumo de sustancias. Se ha constatado la buena acogida de los juegos en las usuarias (OB): *- Me ha parecido muy bien la actividad, ha sido muy educativa y me parece muy bien que se hagan actividades de este tipo - (GR, pág.1).*

Sin embargo, existen algunas lagunas que restan efectividad e impacto en la toma de conciencia. Sería preciso realizar más y diversos juegos, tal como resaltan miembros del Equipo de Intervención: *- Cambiaría las dinámicas que se están haciendo, las haría más atractivas - (E2, pág 8).*

- **Se realizan un número insuficiente de juegos o actividades:** Del total de usuarias captadas a través de los cuestionarios, solo el 12,6% ha realizado algún tipo de juego o actividad y con el 6% se han mantenido conversaciones de mayor profundidad (según la percepción del equipo de intervención) (C. Usuarías).
- **Protocolos de intervención no claros en la práctica.** En el análisis documental no se han encontrado procesos claros que establezcan los pasos a seguir durante la intervención o de cómo debe realizarse. Si bien en la formación específica de *Sales Hoy?* se aborda este aspecto y en las memorias se dan algunas pistas de estableciendo algunas pautas, en la práctica estos procedimientos evidencian no estar claros o no ser respetados por todos los voluntarios.
- **Buen nivel de derivaciones a otros recursos:** Durante el trabajo de campo se ha constatado el alto número de derivaciones de aquellas usuarias que precisaban de una atención más especializada. En estos casos, se les derivaba a un Técnico de Prevención de Drogas de Madrid Salud o a otros recursos. Así, el 22% de las usuarias han sido derivados a recursos más especializados (C. Usuarías), lo que se considera, por parte del Equipo de Evaluación, un porcentaje alto (supera al de número de juegos o actividades realizado).

Derivados a TPD: 10.6% del total de usuarias.

- Derivación otros recursos de información: 16.3% del total de usuarias.

- **Apenas se reciben atenciones por correo electrónico:** Se trata de uno de los canales de comunicación de *Sales Hoy?*. Se ha habilitado una cuenta de correo electrónico para que las usuarias puedan plantear sus dudas en cualquier

momento. Este canal no ha tenido gran éxito y apenas se han realizado atenciones, a pesar de haberse realizado esfuerzos puntuales de gran intensidad por repartir tarjetas informativas que dieran a conocer la existencia de este servicio.

Uno de los motivos de su escaso éxito puede radicar en que los jóvenes tienen mucha información disponible y este canal es uno más de los muchos que ya hay en otros programas y medios. - *En general se han distribuido miles de tarjetas, pero es que en esa edición se distribuyó a saco, y la gente no escribía, así que me imagino que puede ser por eso, quizá yo lo haría también, cuando he querido información sobre drogas primero he buscado páginas Web, y una vez he encontrado páginas web, si me ha hecho falta más he escrito un correo, pero cuando ya he querido profundizar mucho, y he dicho, mira, esta gente parece interesante por su página web, o porque me han caído bien, pero en principio, si quiero información sobre algo, busco y encuentro* - (E3, pág. 3).

En la observación se ha reflejado que este canal apenas se publicita y está poco visible (en una esquina de las tarjetas, no se ofrece información sobre su existencia, etc.).

4.2.2. Proceso 2: Localización de intervenciones

Una de las finalidades del proyecto es acudir a los lugares de concentraciones nocturnas de jóvenes en riesgo de consumo abusivo. Una correcta localización influirá en el éxito o fracaso de gran parte de la intervención. Así, se planifica previamente las localizaciones de las intervenciones. Destacan las siguientes ideas:

- **Proceso de ensayo, prueba y error:** Aunque no hemos encontrado criterios claros y concisos sobre cuáles deben ser la localización de la intervención, el objetivo es acudir a lugares de concentración de jóvenes asociados al ocio nocturno y el consumo. Se ha observado la existencia de criterios dentro del Equipo de Intervención, con gran peso de la experiencia acumulada. Se trata de un proceso guiado por el ensayo, prueba y error. La realidad ha mostrado que localizaciones que debían tener buena acogida no lo fueron (Alonso Martínez o Pza de Santa Ana), debido a que factores externos o un incorrecto análisis de la realidad provocaron relativos fracasos (como protestas por el ruido y ubicación de la carpa, inclemencias climáticas, sitios donde el botellón comenzaba tras finalizar la intervención o donde ya no se concentraban los jóvenes).

Con el paso del tiempo se han incorporado criterios desde la experiencia que inciden en el éxito de la localización, como la proximidad a paradas de metro o las fiestas populares o conciertos. - *Las actividades en grandes eventos y en espacios también fue una apuesta buena, importante, en espacios donde confluía muchísima gente, tipo fiestas de San Isidro, fiestas del orgullo gay en Chueca, aquí empezamos a detectar que el proyecto tiene mucho sentido en espacios como este, pero llega momentos en los que se satura y no da más* - (pág. 4, E1).

- **Autocrítica y participación de los voluntarios:** Se ha observado que se realizan ejercicios de autocrítica ex-post sobre el éxito o fracaso de las localizaciones (en forma de documentación). Este es un factor positivo que demuestra la importancia estratégica de la ubicación de la carpa y la relevancia que se otorga desde el propio proyecto. En las entrevistas y trabajo de campo se ha constatado que los voluntarios e instituciones como Madrid Salud participan en la selección.
- **No existe un análisis sobre las verdaderas implicaciones de la localización:** Hemos detectado que no se analiza con profundidad la implicación de situarse en un lugar u otro. Existe una tendencia a situarse en las paradas de metro, ya que al

estar los jóvenes esperando a sus amigos es más fácil acceder a ellos. Esto implica un sesgo en los barrios de procedencia: se está interviniendo con las usuarias según la línea de metro que les comunica con su barrio. Es decir, cuando la localización se produce en Chueca, se interviene con usuarias que proceden de distritos relacionados con la línea 5 de metro, en detrimento de otros barrios. Cinco distritos suponen el 62% de las usuarias, muchas procedentes de barrios cuyas líneas de metro las comunican desde sus barrios hasta el centro (*C. Usuarías*).

Distrito de procedencia	Nº usuarias	%
Centro	14	19,44%
Arganzuela	3	4,17%
Retiro	2	2,78%
Salamanca	1	1,39%
Chamartín	10	13,89%
Tetuán	1	1,39%
Chamberí	6	8,33%
Fuencarral-El Pardo	9	12,50%
Moncloa-Aravaca	3	4,17%
Latina	1	1,39%
Carabanchel	4	5,56%
Usera	2	2,78%
Moratalaz	2	2,78%
Ciudad Lineal	2	2,78%
Hortaleza	3	4,17%
Villaverde	2	2,78%
Villa de Vallecas	6	8,33%
San Blas	1	1,39%
TOTAL	72	100,00%

- **No se ha observado una adaptación práctica de la intervención según el lugar**, ya que cada lugar de intervención se relaciona con un perfil de consumo y de joven determinado. Por ejemplo, en la observación se veía que Lavapiés tenía un perfil diferente con usuarias de mayor edad.

Lugar de intervención	Edad media de usuarias
Plaza de España	18,7 años
Moncloa	19,1 años
Chueca	21,7 años
Tribunal	24,7 años
Lavapiés	29,3 años

4.2.3. Proceso 3: Comunicación con Madrid Salud

El proceso de comunicación con Madrid Salud es especialmente importante, por ser los responsables de continuar el proceso iniciado con las usuarias por *Sales Hoy?*, y por ser la derivación a los TPD uno de los objetivos no explícitos del proyecto.

- **No intervenciones reales con usuarias derivadas a TPD:** Durante 2009 se derivó a un total de 118 personas desde *Sales Hoy?* a Madrid Salud (4% de las usuarias con los que intervino el proyecto 2009). Hubo que cambiar el protocolo a mediados de 2009 ya que los jóvenes que se derivaban a los TPD (se les proporcionaba una tarjeta de contacto) nunca llegaban a contactar con aquellos. Se pasó a solicitar los datos de las usuarias desde *Sales Hoy?* para que fueran los propios TPD quienes contactaran, pero el resultado no ha sido positivo: se proporcionaron los datos de 17 personas, de las cuales se contactó solamente con 5 usuarias (con el resto no fue posible establecer comunicación), aunque no llegó a concretarse ninguna intervención real. Desde Madrid Salud se argumentó que no había una demanda concreta en drogas.
- **Potencial de derivación:** Durante el trabajo de campo (*OB y C. Usuarías*), se ha constatado el alto número de derivaciones realizadas, no sólo a los TPD sino a otros recursos de información más especializados. Así, se derivó a un 10,6% de usuarias a los TPD y a un 16,3% a otros servicios especiales. En total, las personas derivadas a algún tipo de servicio suponen un 22%. Esta cifra avala el alto potencial del proyecto en derivación de jóvenes a otros recursos.
- **Procesos de coordinación y comunicación no claros:** No se han establecido los canales y procesos de comunicación adecuados que permitan organizar y coordinar el trabajo de forma conjunta.

También parece existir cierto desconocimiento, especialmente desde Madrid Salud y los TPD, del proyecto de *Sales Hoy?*, lo que hace pensar que los canales y la coordinación establecida no ha sido totalmente adecuada. Desde *Sales Hoy?* existe la percepción de que no se conoce bien el proyecto y desde Madrid Salud se resalta la necesidad de coordinar de una forma más adecuada ambas organizaciones:

- *Pues hacíamos alguna reunión (con Madrid Salud), que yo no he estado, luego alguna como para pedir los fondos y todo eso, alguna que yo he estado también para contar qué tal iba, para ver qué apoyo técnico nos daban y poco más, y luego la memoria – (E3, pág. 9 y 10).*
- *Se nos plantea como proyecto de coordinación el poder trabajar con Cruz Roja a través de los puntos informativos que iban a establecer con carpas el fin de semana en algunos distritos, en Sales Hoy? Nuestra función es articular el trabajo, informar del servicio a todos los técnicos y ver las diferentes maneras de conexión y de coordinación que podían tener con ese proyecto. Sin olvidar que es un proyecto de fin de semana, fuera del horario laboral donde los técnicos pues o casualmente han podido interesarse en ver cómo lo han hecho, pero se sale un poco de lo que es el día a día del trabajo de nuestros compañeros (E4, pág. 1).*

A pesar de existir un mandato en Madrid Salud para la coordinación entre ambas instituciones (*Sales Hoy?* y Madrid Salud), ésta no ha sido óptima. Existen factores como horarios de trabajo diferentes, canales y protocolos de comunicación no bien definidos (sin regularidad en la comunicación ni protocolos) que dificultan la

coordinación. El indicio más claro de que puede mejorarse la coordinación es que no se consolidado ninguna intervención real en Madrid Salud de las derivadas por Sales Hoy?

- **Consenso institucional, Cruz Roja y Madrid Salud:** Existe amplio consenso entre ambas instituciones en la necesidad de trabajar coordinadamente y en cómo abordar la prevención.
 - *Compartimos escenarios de discusión y de análisis un poco de situaciones y puede ser que, en el ámbito ahora mismo de situaciones, es nuestro principal socio estratégico a la hora de compartir y ver como aborda determinados aspectos, la misma atención que estamos realizando en los centros lo estamos haciendo ahora (...) Madrid Salud lo acepta, lo recoge y lo ve muy necesario en su estrategia, incorpora su estrategia también (E5, pág.7).*

Universalidad

Unidad

Voluntariado

Independencia

Neutralidad

Imparcialidad

Humanidad

4.3. Elementos estructurales

Son aquellos recursos utilizados para alcanzar los fines del proyecto, como la organización, el equipo humano o los medios materiales. El Equipo de Evaluación ha identificado aquellos elementos con mayor influencia en el desarrollo de las actividades. Son los siguientes:

- **Posicionamiento:** Este concepto se relaciona con la identificación del proyecto y de Cruz Roja, tanto por parte de las usuarias como del propio Equipo de Intervención (voluntarios y coordinador) con el proyecto o la institución.
- **Recursos humanos:** Las personas con una participación directa en la ejecución de *Sales Hoy?* En este caso, se ha incluido al coordinador (profesional contratado), el grupo de voluntarios y Cruz Roja Juventud.
- **Recursos materiales:** Los medios imprescindibles para ejecutar las actividades, como folletos de información, la carpa, vehículo de transporte y otra logística (sillas, mesas, lámparas, ordenador, etc.).

4.3.1. Posicionamiento

Este elemento se relaciona con la **identificación del proyecto** por parte de los diferentes agentes clave. Resaltamos dos ideas que se vinculan a los voluntarios y las usuarias:

- **La vinculación de *Sales Hoy?* con Cruz Roja y la atención sanitaria:** Durante el trabajo de campo se detectó un considerable número de personas que vinculaban el proyecto con Cruz Roja y la vertiente de la institución con la atención sanitaria. Al identificar a Cruz Roja había gente que pensaba que se trataba de un puesto de socorro, solicitando algún tipo de asistencia en este sentido (donar sangre, socorrer a algún herido o incluso pedir alguna medicina), o simplemente que relacionaban la carpa y el logo de la Cruz Roja con algún suceso o accidente de relativa gravedad (el logo es muy visible en el vehículo de logística que utiliza *Sales Hoy?*). En las entrevistas y el trabajo de campo, el Equipo de Intervención relató algún suceso relacionado con este aspecto.

4.3.2. Recursos humanos

Dentro de los recursos humanos destacamos tres actores clave en la ejecución del proyecto: **coordinadores, Cruz Roja Juventud y voluntarios**. De la interacción, posición y liderazgos existentes se articula y comprende gran parte del funcionamiento y resultados de *Sales Hoy?* En una acción de prevención donde la intervención se apoya en la capacidad de establecer un proceso de comunicación con las usuarias, contar con el equipo humano adecuado es un factor determinante. Este aspecto se asume desde Cruz Roja: *-voluntarios formados y preparados, también es clave para el éxito o también para el fracaso, al final estamos condicionados a los recursos humanos que tengas.- (E5, pág. 4-5)*. El Equipo de Intervención, compuesto por un profesional contratado y un equipo de voluntarios, ocupa un papel clave en todo este proceso.

- **Filosofías y liderazgos claros, vertiente asociativa:** *Sales Hoy?* está claramente dirigido desde la institución y las decisiones no se toman sólo desde el ámbito técnico. Cruz Roja ejerce un claro liderazgo sobre la intervención. Así se puede deducir de las entrevistas y el trabajo de campo. Existe una implicación muy estrecha con *Sales Hoy?* a partir de una comunicación muy fluida con los coordinadores, responsables últimos de las intervenciones (con reuniones semanales acerca del proyecto). Este liderazgo ha posicionado al programa en la vertiente asociativa. *- Desde el punto de vista financiero, era un poco insostenible mantener dos técnicos, y por otro lado, le restaba bastante*

protagonismo, desde nuestro punto de vista, al voluntariado - (E1, pág. 3), -la filosofía eso sí creo que está clara- (E3, pág. 9).

- **El liderazgo da libertad al coordinador/a.** Dentro de esta filosofía y líneas a seguir, es decir, la vertiente asociativa marcada desde Cruz Roja Juventud, sin embargo, cuenta con amplia libertad a la hora de actuar, tanto en el desarrollo de las intervenciones como a la hora de realizar propuestas: - (el programa) *Es bastante abierto, se está dejando mucho en manos de quien lo coordina en colaboración con (Cruz Roja Juventud)*- (E3, pág. 9). Esta libertad también le confiere una mayor responsabilidad.
- **Coordinador, papel clave:** El coordinador tiene un papel fundamental en el éxito o fracaso de la intervención. Debe realizar un gran número de tareas tanto durante los días de la intervención como entre semana. Debe coordinar voluntarios, dinamizarlos, atender a usuarias, preparar la compleja logística relacionada con carpa y furgoneta, ser el nexo de unión entre Cruz Roja y los voluntarios, elaborar informes semanales, grabar datos, realizar facturas, convocar reuniones con voluntarios, asistir a las convocadas por Cruz Roja, derivar casos, buscar información, mantener los materiales actualizados, etc.

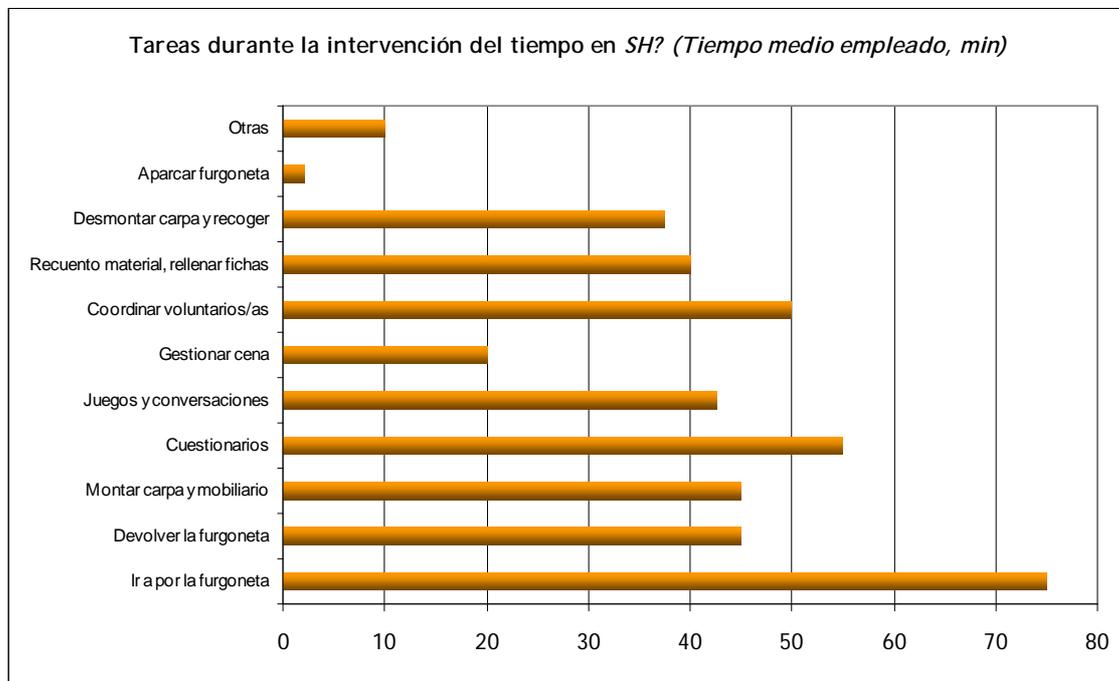


Gráfico 3: Tiempo medio empleado por tarea en Sales Hoy? (proceso de intervención)

Si medimos las horas de trabajo que los coordinadores estiman que dedican a cada actividad, hay días donde la intervención supera las 9 horas y la jornada laboral las 40 h. semanales (C. Coordinadores).

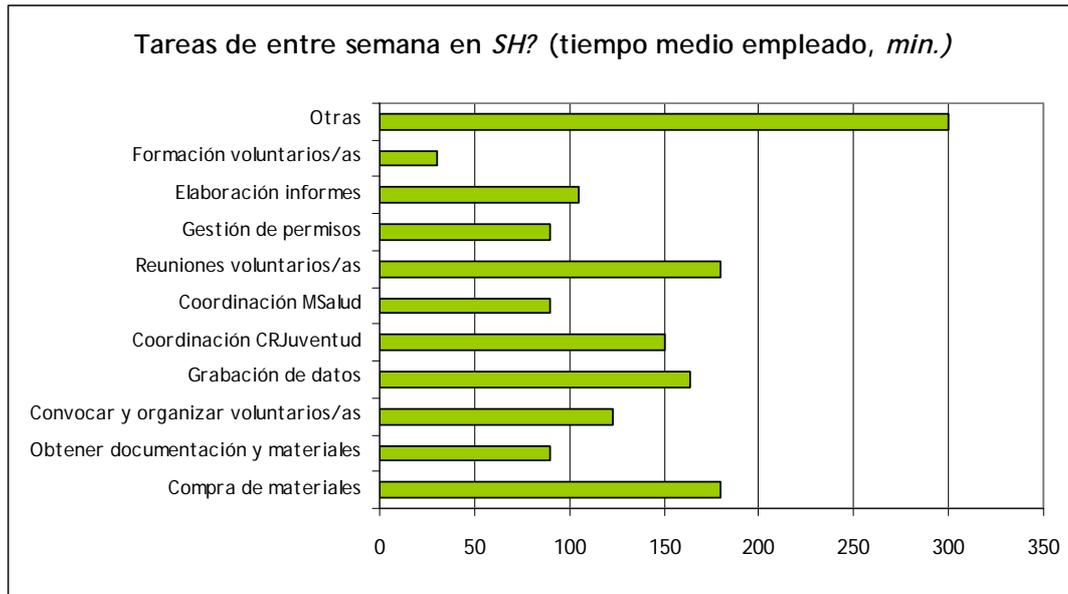


Gráfico 4: Tiempo medio empleado por tareas de entre semana en Sales Hoy? (coordinadores)

Como es lógico, el conjunto de tareas que hay que realizar resta tiempo a la intervención con las usuarias. Durante los días de intervención el coordinador asume la realización prácticamente de todas las tareas, lo que se contrapone con la idea actual del proyecto de un voluntariado con mayor protagonismo. Por ejemplo, el coordinador o la coordinadora se encargan de gestionar la cena, coordinar a los voluntarios, resolver conflictos o reclamaciones (de voluntarios, ciudadanos, vecinos o policía), de la logística (montar y desmontar la carpa), aparcar la furgoneta, contar los folletos, y así un largo etcétera.

Son muchas pequeñas tareas: - *Tengo que estar atenta/o a muchas cosas muy diferentes, en cuanto a los voluntarios, en cuanto a las cenas, en cuanto a logística y a veces no dedico el tiempo a la gente que me gustaría. No hay nada en concreto que me lleve más tiempo de lo normal pero sí son muchas cositas chiquititas que al final sumadas todo el tiempo que ocupan me quitan mucho tiempo de lo que me gustaría estar con la gente - (E2, pág. 6)*

Equipo de voluntarios: Junto al coordinador son quienes participan en la intervención. *Sales Hoy?* se articula y comprende a partir de una de las principales señas de identidad de Cruz Roja, el voluntariado. De esta forma, el Equipo de Intervención se basa en un grupo de voluntarios coordinados y apoyados por un profesional contratado. El proyecto se encuentra en pleno proceso de transición, ya que a mediados de 2009 se adoptó una línea más asociativa que involucrara al voluntariado. Una de las medidas más destacadas fue pasar de dos personas contratadas a una. En la documentación analizada se establece cual debe ser el perfil del equipo de voluntarios:

1. Mayores de 20 años.
2. Personas con habilidades para el trabajo con jóvenes. En este sentido, garantizando que, al margen de la edad, se comparten y expresan unos valores culturales próximos a los vinculados a la cultura juvenil.
3. Haber trabajado o tener formación en el campo de la Salud y Drogodependencias.
4. Tener la disponibilidad de tiempo que requiere el desarrollo del proyecto (fines de semana, horario nocturno)
5. Realizar la Formación Especializada del Proyecto: teórica y práctica.
6. Disponer de un talante no invasivo, dejando un margen para que las personas que se aproximen a los stands puedan explorar sin presiones aquello que se les ofrece.
7. Disposición para atender activamente las demandas de los jóvenes.
8. Compromiso mínimo de asistencia a la actividad, así como de permanencia en la misma. (Doc. Proyecto)

- **Equipo compuesto por personas jóvenes:** El equipo cuenta con un perfil de edad homogéneo, edad media de 22 años (el 76% tiene menos de 25 años) (C. Voluntarios). La idea de contar con personas jóvenes es recurrente entre los diferentes actores del proyecto. Así, desde Madrid Salud se resalta este aspecto como positivo, lo que debe tener una incidencia positiva en la captación de usuarias: - *Son población joven y por el simple hecho de ser joven ya hay un criterio respecto a la captación o el acercamiento importante* - (E4, pág. 2).

La misma idea la han repetido los propios voluntarios y las usuarias: - *Pues yo estoy muy contento, porque yo creo que es un iniciativa que, aunque sea yo qué sé, lo estamos haciendo gente joven de aquí, pues es que no pasamos de los veinte ...* - (GD, pág.2); - *Las preguntas están interesantes y como la gente es joven pues te entretienes y el juego está guay, yo me lo pasé muy bien* - (GR, pág. 2).

4.3.3. Recursos materiales

Existe consenso en la mayoría de actores en que la disponibilidad de recursos materiales no está teniendo especial influencia en el desarrollo del proyecto. Sin embargo, aunque los medios existentes se adecuan a las necesidades existentes, hay margen de mejora. Resaltamos que se trata de un factor con repercusión en la intervención ya que gran parte de la captación de usuarias se basa en la escenografía y el poder de atracción que ésta ejerza.

- **Medios suficientes:** Diferentes actores consideran que *Sales Hoy?* cuenta con los recursos y medios suficientes, por lo que este aspecto no está suponiendo un obstáculo para el desarrollo de las actividades. Los recursos son suficientes para los coordinadores y Cruz Roja Juventud, aunque los voluntarios se expresan de forma algo diferente: el 53% lo consideran insuficientes (C. Voluntarios), resaltando el mal estado de algunos materiales: - *Lámparas que se han roto, las sillas son súper inestables, que un día vamos a estar sentaos y nos vamos a caer, las sillas son súper inestables, la mesa está un poco cascada, también* -. - *Sí, hay que cambiar la mesa ya porque se moja mucho* -. - *Sí, la mesa y las sillas cambiadlas, porque es que vamos, las sillas dan miedo* (GD, pág. 34).
- **Algunas mejoras posibles:** Tanto en la observación, en el Grupo de Discusión o las entrevistas realizadas existe unanimidad en la necesidad de mejorar algunos de los recursos materiales: sillas *desvencijadas*, la calefacción, el proyector, más luz y que haya una cartelería más cuidada y llamativa (Entrevistas, GD y C. Voluntarios y C. Coordinadores). En la observación se constataron opiniones de usuarias que tildaban

de *cutre* la carpa y su mobiliario. Desde Cruz Roja se considera también que habría que mejorar las infraestructuras, de forma que se logre ser más rápido en la preparación de la logística: - *También tenemos que avanzar un poco más, yo creo que tienen que, la infraestructura que tu quieres, ser rápido, querer llegar, colocarte, ponerte, que no te lleve mucho tiempo el colocarlo y el quitarlo y sea atractivo* – (E5, págs. 3-4).

- **Carpa atractiva, pero mejorable:** La carpa es uno de los elementos clave dentro de la escenografía del proyecto, además de ser la base física de la intervención. Juega un papel clave como factor de atracción de usuarias, junto a la música o el perfil del Equipo de Intervención. Se persigue que la usuaria se acerque a la carpa generándola intriga e interés. Destacamos los siguientes aspectos:
 - o **Excesivo ruido:** A veces la música está demasiado alta, lo que genera un ruido innecesario que dificulta las intervenciones y molestias a los vecinos (ha sido incluso motivo de denuncias policiales). Sin embargo, el mayor foco de ruido es el provocado por el generador que abastece de energía a la carpa: - *El generador, bueno, ya sabemos que pesa mucho, obviamente, entre dos, personas, tres nos destrozamos la espalda, mete mucho ruido - . - Sí, ese es el mayor problema que yo le veo a ese generador, bueno, yo no sé cómo serán el resto, pero este hace muchísimo ruido - . - Mete mucho ruido, hemos tenido problemas con los vecinos - . - Y los juegos, dentro hay que estar muchas veces casi gritando* - (GD, pág. 38-39).
 - o **Dificultad para montar y desmontar:** Se trata de uno de los aspectos más laboriosos y pesados dentro de la logística del proyecto. Su montaje requiere de un mínimo de personas, entre 3 y 5 personas (C. Voluntarios y C. Coordinadores). Además, montar la carpa conlleva otra logística paralela, como folletos, sillas, mesas, equipo de música, generador, etc.
 - o **Carpa atractiva:** Muchas usuarias han valorado de forma positiva la carpa, como elemento de atracción con los colores y el ruido existente: - *Llama mucho la atención porque se escuchan los extractores y hay muchos colores y parece una carpa que venden cosas, entonces te acercas inevitablemente y ves mogollón de folletos entonces preguntas de qué va la cosa y de repente te están encuestando y bueno, no sé, las preguntas están interesantes y como la gente es joven y así pues te entretienes y el juego está guay, yo me lo pasé muy bien* - (GR, pág. 2).
 - o **Aspectos de mejora:** Varios agentes destacan su mal estado y reclaman que sea más acogedora, amplia y atractiva (Entrevistas y GD). Además, sería positivo que consumiera el menor tiempo y recursos posibles, ya que resta energía y tiempo para realizar otras actividades (especialmente las de intervención con usuarias).

4.4. Pertinencia

El análisis de pertinencia estudia el ajuste de la intervención a sus diferentes contextos. Uno de los aspectos que se han analizado en este epígrafe es la adecuación del proyecto a las necesidades sociales y a las demandas existentes.

- **Existe una necesidad real:** Existe unanimidad entre los agentes del proyecto sobre la necesidad “real” de realizar un programa de este tipo. Así se constata con la buena acogida expresada por las usuarias: - *Me ha parecido muy interesante y que está muy bien que estéis aquí para avisar a los jóvenes que muchas veces se pierden del camino y que bueno, aunque nosotras somos un poquito más avisadas hay gente que se pierde mucho y las amistades son muy importantes - . - Que está guay, que siempre están bien estas cosas. Yo que sé, son más información, y a lo mejor yo que sé, que te des cuenta a lo mejor de los errores que puedas tener* - (GR, pág. 2 y 3). También se

valoran aspectos como poder hablar sin problemas o que haya programas a pie de calle, distintos a otros más formales como los que se realizan en colegios o institutos.

Esta buena acogida y aceptación también es señalada por el Equipo de Intervención y desde Cruz Roja: - *Ahora, si eso más o menos se cumple y la gente viene donde tú estás, en el sitio donde te has colocado, es que la necesidad existe* - (E5, pág. 11). Los voluntarios consideran que la gente está muy desinformada y que piensa que nunca les va a pasar nada por consumir: - *Yo creo que la gente está bastante desinformada, o sea, por como se sueltan charlas en colegios y tal, termina aburriendo al personal* - (GD, pág. 3).

Desde Madrid Salud también se hace referencia a la existencia de una población joven con dudas en relación al consumo, aunque se cuestiona la eficacia de acudir a lugares asociados al consumo y al ocio nocturno. - *La idea de hacer una carpa y poder dar información y tal está bien y acceder a un tipo de población o de personas que van a asistir con unas posibilidades de consulta, de dudas o de opiniones. Pero quizás en unos contextos donde por un lado el ritmo está muy presente pero el ocio también está muy presente y el consumo recreativo* - (E4, pág. 8).

- **Programa con potencial y margen de mejora:** Diferentes agentes valoran el proyecto de forma positiva (*Entrevistas y GD*), resaltando el gran potencial que posee, la buena acogida que está teniendo y la receptividad de las usuarias y los ciudadanos. - *Lo bueno es eso, que te sientan en un sitio y se ponen a hablar contigo, que no es lo típico que te dan libros para que te los leas porque la mayoría los tira a la basura. Esto está bien* - . - *Que muchas, que muchas gracias por estar aquí, que más de estas que hay pocas* - (GR, pág. 3). Resaltamos la idea de abordar la problemática desde otra perspectiva y a través de gente joven. - *Está muy bien porque somos gente joven que estamos, o sea, cómo nosotros vemos las cosas hacia ellos, como una manera de acercarnos nosotros a ellos y explicarlo de la manera mejor para estos jóvenes, a lo mejor cuando llegan les sueltan la charla allí, y te dicen, vale, sí mueres, vale chato, hasta luego, otro día vamos, pues mira tío, si te vas a meter esto ten cuidado porque puede tener estos efectos, pues sí, la verdad es que no lo había pensado* - (GD, pág. 3).

Sin embargo, existe la percepción general, tanto de coordinadores, voluntarios y Cruz Roja Juventud del enorme margen de mejora que tiene *Sales Hoy?* y de la necesidad de ofrecer un servicio de mayor calidad: - *Entonces este proyecto lleva dos años. Es innovador, necesita un gran empuje y muy fuerte, desde la raíz, necesita una gran transformación, un gran cambio, entonces, si estamos aquí hoy, y hemos sido capaces de estar aquí hoy* - (GD, 45-46). - *Creo que tiene un potencial que no se está aprovechando como debería pero sí que creo que va a llegar lejos porque tenemos la ventaja de que somos los únicos que estamos haciendo esto, que hay mucha gente que ya nos reconoce: - ¡anda! vosotros sois los que estuvisteis la semana pasada en no se dónde-, y sí que ves en ese sentido que la gente está reaccionando cuando te ve. Yo creo que va a tener alcance, que lo está teniendo y que el potencial que tiene se va a aprovechar más aún-* (E2, pág. 7).

- **Programa adecuado a la nueva filosofía de Cruz Roja:** Se trata de un proyecto que comparte los valores de Cruz Roja como Institución: se enmarca dentro del programa de Promoción y Educación para la Salud incluido en el Plan de Acción 2007-2011, donde se pretende consolidar la prevención y la reducción de riesgos en el consumo de drogas entre la población joven especialmente.

Además, es un **proyecto novedoso** dentro de la organización. Se inserta en una nueva filosofía y espíritu de trabajo que consiste en llevar la prevención a los lugares donde están las usuarias: - *Cómo meterte donde están los jóvenes, salir fuera, no es tanto la intervención de que yo tengo que ir al club para que la gente venga, sino ir al parque de enfrente donde están los chavales. Esa filosofía y este cambio cultural es*

importante, que afecta a este proyecto, no es que yo he puesto mi casa para que la gente entre, en este caso está positivizado porque la gente entra, porque estamos en el escenario, pero que no se convierta en que yo no he puesto aquí un chiringuito, ya la gente entra y me olvido que a veces tienes que salir - (E5, pág. 13).

- **Población objetivo no clara:** La población diana no está bien definida en los documentos del programa. Se habla de población juvenil, adolescente y joven y no se definen los criterios para acotar o delimitar qué significa población joven en el proyecto. Tampoco se define claramente qué es una población de riesgo y no de riesgo, siendo ambas objeto del proyecto. En la observación se ha comprobado que esto se refleja en la realidad ya que existen sesgos en la selección de usuarias.

En este mismo sentido se expresan los coordinadores: - *¿Crees que está claro el perfil de personas que se quiere? - No mucho, quizá en el programa más o menos se intente aclarar, pero en el día a día quizá no tanto, es decir, no es un programa que tenga detrás un montón de reflexión constante - (E3, pág. 2).*

- **El programa selecciona un perfil de mayor riesgo:** En las mediciones realizadas hay evidencias de que el proyecto selecciona a usuarias de un perfil de mayor riesgo en detrimento de las de menor riesgo. En la tabla siguiente se incluyen algunos indicadores que justifican que se está interviniendo con una población de mayor riesgo (C. Usuarías):

El 62% de las usuarias del programa ha consumido alguna vez hasta 3 sustancias diferentes, frente al 37% que consume más de 3 y el 1% que no consume ninguna. Se parte de la hipótesis de que aquellas que han consumido más de 3 sustancias diferentes, es decir, cannabis, tabaco y alcohol, por ejemplo, son una población de mayor riesgo.

La población que planifica su consumo, es decir, la que tiene una menor predisposición a consumir en exceso, supone el 30%, frente al 70% que no planifica. En este caso hay un sesgo del programa por seleccionar esta población de mayor riesgo.

Si se tiene en consideración la preocupación ante el consumo de sustancias (se parte de la premisa que una menor preocupación por consumir supone una mayor relativización del consumo, y con ello, un mayor riesgo), en una escala de 0 a 10, el consumo de tabaco se sitúa en una puntuación de 6, el alcohol en un 5, el cannabis un 5,7 y la cocaína y el éxtasis un 7,8. En decir, hay una baja preocupación en el consumo de sustancias como el tabaco, alcohol o cannabis, como predictor del consumo.

Esta misma idea de que *Sales Hoy?* interviene y selecciona población de mayor riesgo se mantiene si **comparamos las usuarias de Sales Hoy? con los datos de otras encuestas** sobre consumo de drogas. Así se desprende de una comparativa realizada con la población de las siguientes encuestas sobre consumo de drogas: *Estudes 2008, Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (Edades) 2007* y *Ocio (y riesgos) de los Jóvenes Madrileños*. Resaltar las dificultades y limitaciones que supone comparar información obtenida de diferentes fuentes. Las conclusiones se presentan en la tabla siguiente⁴:

⁴ Se han utilizado una serie de variables comunes o muy semejantes de las diferentes encuestas y fuentes utilizadas. Aunque las variables no son siempre iguales, consideramos que la información que proporcionan permite extraer algunas conclusiones y situar la población objetivo de *Sales Hoy?* en relación a otras. Además, en el diseño de las mediciones de *Sales Hoy?* se tuvo en cuenta este aspecto, replicando preguntas de estas encuestas, de forma que obtuviéramos información comparable.

Consumo de sustancias durante el último año⁵: Las usuarias del programa *Sales Hoy?*, en comparación con "Ocio y Riesgos", a excepción del consumo de tabaco en el último año, presentan un consumo mayor en el resto de sustancias.

ENCUESTAS	Tabla 24: Consumo habitual sustancias. Durante el último año				
	Tabaco	Alcohol	Cannabis	Éxtasis, anfet. o alucig.	Cocaína
<i>Sales Hoy?</i>	41,82%	78,99%	22,40%	4,93%	4,27%
Ocio (y riesgos)	47,80%	52,60%	22%	3,1%	2,9%

Consumo de sustancias, alguna vez en la vida: a excepción de tranquilizantes sin receta médica, en el resto de sustancias consumidas alguna vez en la vida, las usuarias de *Sales Hoy?* muestran porcentajes más altos. En el caso del tabaco, cannabis, cocaína o el éxtasis, son porcentajes mucho más elevados.

PROGRAMAS	Tabla 25: Consumo de sustancias. Alguna vez en la vida						
	Tabaco	Alcohol	Cannabis	Éxtasis, anfet o alucig	Cocaína	Tranq (no receta)	Inhalables volátiles
<i>Sales Hoy?</i>	84,80%	97,60%	71,10%	62,80%	29,90%	8,50%	5,50%
Estudes 2008	44,60%	81,20%	35,20%	10,40%	5,10%	9,40%	2,70%
Edades 2007	68,50%	88%	27,30%	11,90%	9,80%	-	1,10%

Consumo de sustancias en el último mes: Si consideramos el consumo de sustancias durante el último mes, se aprecia como en *Sales Hoy?* existe mayor consumo general, con variaciones especialmente significativas en tabaco y alcohol.

PROGRAMAS	Tabla 26: Consumo de Sustancias. Último mes				
	Tabaco	Alcohol	Cannabis	Éxtasis, anfet. o alucig.	Cocaína
<i>Sales Hoy?</i>	40,10%	69,50%	21,00%	4,80%	4,20%
Estudes 2008	32,40%	58,50%	20,10%	3,50%	2,00%
Edades 2007	38,80%	60,00%	7,20%	1,00%	1,90%

- **No hay sesgos en función del sexo:** La población destinataria son tanto chicos como chicas, no habiéndose detectado sesgos representativos en este sentido. La población masculina supone el 52%, frente el 48% de la población femenina (C. Usuaris).
- **No se dirige solamente a población adolescente:** El proyecto establece como población diana a la población juvenil o adolescente. Por otra parte, también contempla intervenir con personas de mayor edad (hasta los 30 años). Las mediciones realizadas constatan que la población destinataria es más amplia y no se centra exclusivamente en la población joven o adolescente (población destinataria en la documentación del proyecto). El 15% de la población tendría más de 30 años, mientras que la franja de población más joven (menor a 21 años), supone el 40%.

⁵ En *Sales Hoy?* no había datos durante el último año, por lo que se han calculado estos datos a partir de las variaciones que se producían en los otros tres estudios incluidos en la comparación.

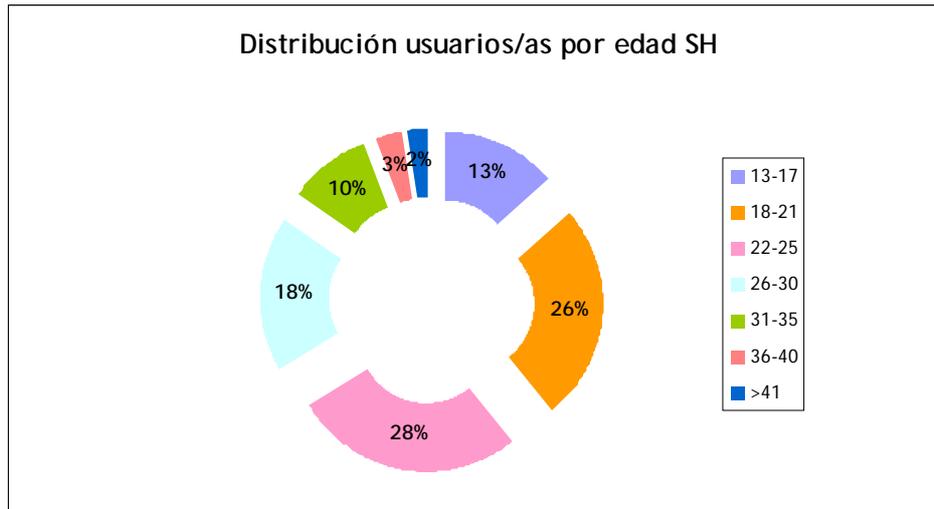


Gráfico 6: Distribución por edad de las usuarias de Sales Hoy?

- **Cinco distritos suman el 62% del total de las usuarias:** Se ha evidenciado el predominio de usuarias que residen en cinco distritos de Madrid capital y que suman el 62% del total de usuarias del proyecto: Centro (19,44%), Chamartín (14%), Fuencarral-El Pardo (12,50%), Villa de Vallecas (8,33%) y Chamberí (8,33%); el resto de barrios no superan el 6% (*C. Usuarías*).

Tabla 27: Distrito de procedencia de las usuarias de Sales Hoy?

Distrito de procedencia	Nº usuarias	%
Centro	14	19,44%
Arganzuela	3	4,17%
Retiro	2	2,78%
Salamanca	1	1,39%
Chamartín	10	13,89%
Tetuán	1	1,39%
Chamberí	6	8,33%
Fuencarral-El Pardo	9	12,50%
Moncloa-Aravaca	3	4,17%
Latina	1	1,39%
Carabanchel	4	5,56%
Usera	2	2,78%
Moratalaz	2	2,78%
Ciudad Lineal	2	2,78%
Hortaleza	3	4,17%
Villaverde	2	2,78%
Villa de Vallecas	6	8,33%
San Blas	1	1,39%
TOTAL	72	100,00%

- **Relación entre usuaria y línea de metro/comunicación utilizada:** El proyecto tiende a localizarse cerca de las paradas de metro, por ser puntos de encuentro entre amigos. Esto facilita la captación de usuarias. Sin embargo, este hecho provoca que se acceda a las usuarias no en función del lugar a dónde saldrán esa noche, sino en función de la parada de metro que mejor les comunica con su distrito de procedencia. Durante el trabajo de campo, las intervenciones se localizaron en Chueca (Línea 5), Plaza de España (Línea 10 y Línea 3), Lavapiés (Línea 3) y

Tribunal (Líneas 10 y línea 1). A excepción de Centro, por su proximidad con las localizaciones del proyecto, los distritos con más usuarias entrevistados fueron Chamartín (Líneas 1 y 10), Villa de Vallecas (Línea 1), Fuencarral- El Pardo (Línea 10) y Chamberí (Línea 1). (C. Usuaris).

- **Relación entre la edad de las usuarias y la localización:** Existe una clara relación entre la edad de las usuarias y el lugar de la intervención. Así, la mayor edad media de las usuarias se localizó en Lavapies (29 años) y la menor en Plaza de España (18) y Moncloa (19). La edad media de las usuarias de *Sales Hoy?* se sitúa en 22,7 años.

Lugar de intervención	Edad media de usuarias
Plaza de España	18,7 años
Moncloa	19,1 años
Chueca	21,7 años
Tribunal	24,7 años
Lavapies	29,3 años

- La percepción general del equipo de voluntarios es que **el proyecto funciona mejor en grandes eventos y concentraciones**, como fiestas populares o conciertos: - *Hay concentraciones buenísimas, como son las fiestas populares, me parece a mí, otra buenas, como son las paradas de metro, y otras que han demostrado que no son buenas, aquellas donde no hay metro acerca, donde la gente no se queda parada y tal* - (E3, pág. 8)
- El proyecto parte de la idea de que una estética y un equipo joven consigue un acceso mejor a la población objeto. Desde los TPD se emite una opinión positiva del proyecto como medio de captación de jóvenes: - *Son población joven y ya por el simple hecho de ser joven ya hay un criterio respecto a la captación, el acercamiento importante* - (E4, pág. 2). No obstante, no se encuentran evidencias científicas sobre la eficacia de este argumento. De hecho, *Sales Hoy?* ha demostrado tener una **buena receptividad de la población de mayor edad (OB)**.
- **Espacio donde las usuarias plantean dudas:** A través de la observación se ha constatado que existe un espacio donde las usuarias interactúan con el Equipo de Intervención y que es valorado positivamente por ellas mismas, que consideran que allí pueden preguntar y ser escuchadas. - *Y lo bueno es eso que te sientan en un sitio y se ponen a hablar contigo que no es lo típico que te dan libros para que te los leas porque la mayoría los tira a la basura. Esto está bien - . - O que te juzgan, te juzgan y si te juzgan te vas - . - Y lo que tienen es que hablarte y explicarte y quitarte las dudas* - (GR, pág. 3).
Sin embargo, en las mediciones realizadas aparece una idea contraria ya que los voluntarios consideran que solamente el 43.7% de las usuarias ha planteado dudas. Además, en los cuestionarios realizados existía una pregunta referente a las posibles dudas de las usuarias pero solamente un 7% planteó alguna (C. Usuaris).
- **Poca información sobre ocio:** En la observación se ha constatado que apenas se ofrece información sobre alternativas de ocio. Además, tan sólo el 6% de los folletos informativos se relacionan con esta temática.

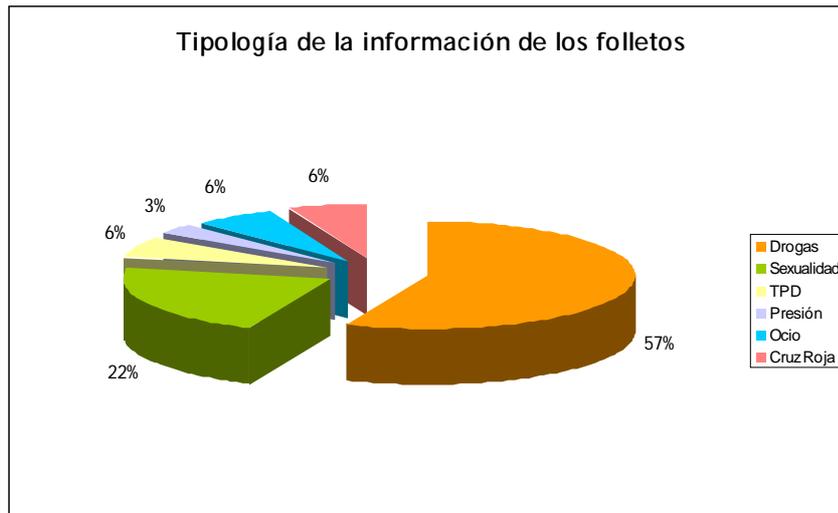


Gráfico 7: Tipología de información de los folletos informativos

- **Todas las dudas sobre drogas:** Las dudas planteadas por las usuarias se relacionan exclusivamente con la temática de las drogas. En torno al 50% ha planteado dudas sobre las drogas en general y el 30% desea conocer los efectos del consumo. Sobre el tipo de sustancias que más dudas se plantean son el cannabis (10%), el tabaco (7%) y las drogas de manera más global (65%).

CONCLUSIÓN PERTINENCIA

Existe unanimidad a la hora de afirmar que el proyecto está abordando una problemática y una necesidad "real". Esto se justifica con la buena aceptación y acogida entre las usuarias y no usuarias y las pocas muestras de rechazo habidas. Además, cuenta con la particularidad de ser un proyecto que interviene a pie de calle, algo valorado por las usuarias. El proyecto no define muy claramente cuál es la población diana (población juvenil o adolescente, población de riesgo y de no riesgo), lo que se traduce en la realidad en un espectro de usuarias muy amplio. Estos criterios, que no están claros en la teoría, se extrapolan a la práctica, ya que existen sesgos al seleccionar a población de mayor riesgo y que no es joven. También hay sesgos en cuanto al lugar de procedencia de la población destinataria, con excesiva presencia de determinados barrios y con la ausencia de otros a los no se está accediendo. Además, el proyecto está ofreciendo información sobre temáticas en las que las usuarias no están planteando dudas o demandas (como la sexualidad).

■ Diseño teórico

5.1. Introducción

La pertinencia analiza el ajuste de la intervención a su contexto, cómo afronta y aborda la necesidad social que pretende solucionar. Habrá, por tanto, tantas pertinencias como dimensiones se consideren relevantes en el contexto.

Uno de los aspectos clave en cualquier programa de prevención es cómo se relaciona con su adecuación teórica así como cuál es el modelo que articula y estructura su intervención. Es decir, si la intervención se ajusta a las corrientes y evidencias científicas en el entorno y a los diferentes modelos teóricos existentes.

Este capítulo recopila algunas de las posiciones teóricas más relevantes en el campo de la prevención de drogas. Posteriormente, se procederá a contrastarlas con el modelo que articula el proyecto *Sales Hoy?*, de forma que podamos situar y valorar la posición de éste.

Para ello, se ha realizado un estudio bibliográfico que ha permitido recopilar, conocer y contrastar las diferentes evidencias, teorías y hallazgos existentes en materia de prevención. Además, se incorporan algunas informaciones y conclusiones obtenidas en el capítulo 4, Informe de Datos, procedentes de los análisis de los discursos, de las entrevistas o de fuentes secundarias.

El análisis comienza con una revisión de las principales teorías explicativas del consumo de sustancias. En el segundo epígrafe se recopilan los principales hallazgos de la evaluación de programas de prevención. Por último, se analiza la adecuación de *Sales Hoy?* a estos hallazgos e ideas para poder valorar y conocer dónde se sitúa el proyecto en relación a los modelos y estrategias aplicadas en la prevención.

5.2 Conclusiones extraídas de la literatura

En este apartado se repasan las principales teorías y modelos que explican el consumo de sustancias así como aquellas evidencias más destacadas en materia de prevención.

El objetivo es contar de manera resumida la evolución y las principales ideas extraídas de los múltiples modelos existentes permitiendo así situar el proyecto *Sales Hoy?* dentro de la prevención del consumo.

5.2.1 Teorías e ideas subyacentes a los programas de prevención

Cualquier acción de prevención parte de una determinada idea de cómo se inicia y consolida el consumo de sustancias. Sus actuaciones, por tanto, irán encaminadas a evitar que se active el factor o factores que puedan incidir en el inicio y la consolidación de dicho consumo así como en los problemas asociados al mismo.

Una de las primeras ideas que ha aparecido en la literatura es la hipótesis de la escalada, según la cual el consumo comenzaría con sustancias legales que favorecerían el paso posterior a las sustancias ilegales. Se ha constatado que este fenómeno no sucede tal y como se pensaba en los años 50, momento en el que surge esta hipótesis. Aunque no es un proceso automático, sí que se ha identificado un incremento de la probabilidad en los escalones superiores de haber consumido las sustancias de los escalones inferiores. Kandel propone 4 estadios:

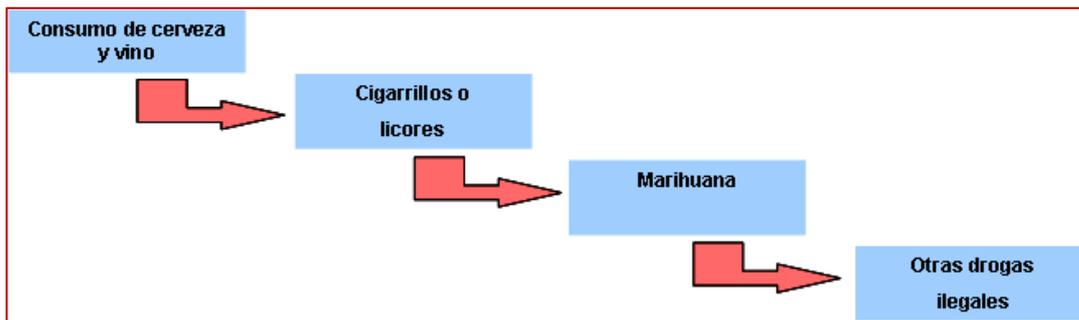


Figura 11: Etapas del consumo (adaptación de Kandel)

De hecho, el estudio de *Mills y Noyes (1984)* muestra ciertas correlaciones entre el consumo de una sustancia y otra, tal y como se muestra a continuación. Los estudios señalan que el consumo de una sustancia a temprana edad indica la probabilidad del consumo de otras drogas en el futuro, según Duncan y colaboradores (*Kröger y otros 98*).

TABLE 3. Correlation matrices from Mills and Noyes (1984).

	Smoking	Alcohol	Marijuana	Cocaine
Grade 8 (N = 672)				
Smoking	1.00	0.48	0.50	0.20
Alcohol		1.00	0.50	0.24
Marijuana			1.00	0.37
Cocaine				1.00
Grade 10 (N = 691)				
Smoking	1.00	0.43	0.54	0.25
Alcohol		1.00	0.52	0.27
Marijuana			1.00	0.43
Cocaine				1.00
Grade 12 (N = 589)				
Smoking	1.00	0.34	0.38	0.23
Alcohol		1.00	0.43	0.20
Marijuana			1.00	0.42
Cocaine				1.00

Figura 12: Correlación entre los consumos de sustancias (Extraído de *Mills y Noyes, 1984*)

Aunque esta hipótesis parece confirmada en nuestro país (*Recio 1995 cit Becoña, 2002: 84; Becoña 1999: 47 y 48*), la relación no está tan clara. Sloboda y David aseveran que *-no podemos afirmar que el consumo de tabaco y alcohol a edades tempranas sea la causa del consumo de drogas más adelante-* (1997:7). El estudio longitudinal de Jessor y otros, en 1991 (*Becoña 2002: 380*), muestra que existen correlaciones significativas entre las conductas problemáticas en la adolescencia con relación a la vida adulta (8 ó 9 años más tarde) aunque éstas no son muy altas; la máxima es un 32% y la mínima un 7%. Es decir, las acciones pasadas relacionadas con el consumo de drogas explican entre un 7% y un 32% el comportamiento en la adultez.

Aunque la idea que subyace a muchos programas de prevención es incidir en las primeras etapas para prevenir el consumo de las últimas, el inicio del consumo de sustancias no es

el único factor explicativo de la consolidación de un patrón desadaptativo. Por ejemplo, en el caso del cannabis, según Kandel y Davies, el consumo queda explicado en parte, además de por el inicio temprano, por los compañeros con conductas desviadas, por la baja participación religiosa, por las bajas expectativas educativas y por el consumo de sustancias de los padres (Becoña 2002: 85).

Fowler y otros consideran que la adolescencia es la etapa de la vida en la que tiene lugar, generalmente, la “experimentación” con sustancias. Los adolescentes son altamente vulnerables a las influencias sociales, tienen niveles más bajos de tolerancia (EMCDDA).

Por el tipo de programa de prevención que estamos analizando, otra de las teorías significativas se refiere al modelo de la madurez sobre el consumo de drogas. Labouvie (1996) plantea un modelo denominado de la madurez y basado en la autorregulación donde algunos de los elementos clave son el control personal y la eficacia. Cuando estos fallan, el individuo responde a sus necesidades inmediatas y a las presiones situacionales. Además, es probable que no tenga metas personales o que éstas sean poco importantes, difíciles, costosas o improbables de conseguir. Esto le puede llevar a la alienación y al estado depresivo. Sus estudios confirman que conforme transcurre el tiempo hay un descenso en el consumo de sustancias en el individuo y en sus amigos y se incrementa el número de parejas que se casan tanto entre ellos como en sus amigos. Todo ello indica, en palabras del autor, un incremento en la dirección de una mayor convencionalidad tanto en varones como en mujeres (Becoña, 1999: 171). Otros estudios muestran también que el consumo “estacional” declina a partir de los 20 años de edad y, no sólo el consumo de alcohol, sino también el consumo de otras sustancias, estando el pico de mayor consumo en la adolescencia y en la adultez temprana (Ibiden: 395). El uso de alcohol aumenta de 12 a 21 años y luego disminuye; el patrón intensivo es de 18 a 26 años (Díaz, 2010). Fowler y otros también creen que la mayor parte de los experimentados no desarrollan problemas con las drogas.

Las teorías que gozan de mayor aceptación son las teorías del aprendizaje social y la interacción. La hipótesis principal es que el comportamiento del adolescente se ve influido en gran medida por los padres y los grupos de iguales. Desde este punto de vista la primera experiencia con las drogas es el resultado de la exposición a modelos que favorecen el consumo y de la vulnerabilidad a la presión social (Kroger y otros).

Existe una amplia diversidad de teorías explicativas del consumo de drogas. Solo a modo ilustrativo, se anexa a continuación la clasificación de Petratis Flay y Miller, donde se identifican 14 grandes tendencias (Becoña 2002):

Las 14 teorías que consideran Petratis, Flay y Millar (1995) para explicar la experimentación con el uso de sustancias.

1. **Teorías cognitivo-afectivas**
 1. Teoría de la acción razonada
 2. Teoría de la conducta planificada
2. **Teorías de aprendizaje social**
 1. Teoría del aprendizaje social
 2. Teoría del aprendizaje social/cognitiva social
3. **Teorías del apego social**
 1. Teoría del control social
 2. Modelo de desarrollo social
4. **Teorías en las que las características interpersonales juegan un papel esencial**
 1. Modelo de ecología social
 2. Teoría del auto-desprecio
 3. Modelo de varias etapas de aprendizaje social
 4. Teoría de la interacción familiar
5. **Teorías que integran el constructo cognitivo afectivos, de aprendizaje, compromiso y apego, e intrapersonales**
 1. Teoría de la conducta problema
 2. Teoría de cluster de iguales
 3. Modelo de vulnerabilidad de Sher
 4. Modelo de Dominio.

Figura 13: Teorías de Petratis, Flay y Millar, para explicar la experimentación con el uso de sustancias (Extraído de J.A. Ligeró, diferentes perspectivas y programación de procesos).

Una visión ecléctica puede intentar agrupar los grandes factores de riesgo que se van proponiendo, como el clásico modelo bio-psico-social. Existen buenos estudios sobre factores de riesgo concomitantes del consumo de drogas, como por ejemplo el realizado en España por Moncada (1997) o internacionalmente el de Petterson, Hawkins, Pollard y Kumpfer, Robertson, Gee o el listado del CSAP.

Haciendo una recopilación general de **algunos de los factores significativos en el consumo de drogas**, se pueden citar los siguientes:

Hay una secuencia de desarrollo con distintas drogas:

- Alcohol y tabaco → hachís → otras drogas ilegales.

El consumo de una droga de inicio está asociado con un incremento de la probabilidad de utilizar otra droga (Becoña, 2002, adaptado de Kandel y Jessor: 89).

El consumo de drogas cumple diferentes funciones para los que las prueban sistemáticamente, como desafiar la autoridad paterna o ser adultos (Becoña, 2002: 100).

Las percepciones de los adolescentes de los riesgos y beneficios de alcohol y de otras drogas correlacionan con la probabilidad de su uso inicial (Becoña, 2002: 129).

El consumo por parte de los padres o las actitudes parentales tienden a correlacionar las actitudes de los adolescentes hacia el consumo. El rol que los padres asuman también correlaciona.

- Especifican March y colaboradores que a mayor autoridad paterna menor consumo.

Cuanto mayor percepción de apoyo por parte de los padres, menores índices de consumo (Newcomb y Bentler, 1998; Anderson y Henri, 1993; Aversa y Hesselbrock, 2001).

Compañeros o amigos que consumen drogas correlaciona.

La carencia de una relación cercana en la familia correlaciona con el abuso de sustancias en la adolescencia.

El bajo rendimiento escolar incrementa la probabilidad de consumo.

No sentirse querido correlaciona con un mayor consumo.

Uno de los factores de riesgo con mayor valor predictivo sobre el abuso de drogas es la iniciación temprana en su uso; retrasar su ingreso tendrá repercusiones sobre el consumo (Becoña, 2002:147).

Realizar actividades de ocio correlaciona inversamente al consumo.

Tener menor contacto social con amigos y estar menos integrado en los grupos, correlaciona con el consumo.

Ser parte del grupo de iguales que consumen.

La baja autoestima no parece ser predictiva del abuso de sustancias.

La droga no es un factor de riesgo en la drogadicción (Calafat et al, 1992).

- o Bachman aporta que en los países desarrollados la accesibilidad a las drogas no es un factor de riesgo muy importante (Calafat y Juan, 2003).

Aprobación social (Calafat, y Juan, 2003).

El propio Becoña (1999) propone un modelo comprensivo y secuencial de fases para el consumo de drogas que viene a recoger las principales aportaciones en el campo de la etiología del consumo. Entre las múltiples fases que muestra, es reseñable la secuencia entre percepción del riesgo y toma de decisiones sobre seguir o no consumiendo una sustancia (1999: 183). Esta correlación, que la detectó Bachman, aparece frecuentemente en la literatura. Este hallazgo ha influido en la orientación y en el diseño de las estrategias de los programas de prevención y de los modelos de evaluación.

Con relación al método

En los últimos decenios hemos apreciado una profusión de estudios epidemiológicos que han intentado identificar los diferentes factores de riesgo explicativos del consumo o del uso problemático. Se ha pasado de los grandes modelos teóricos explicativos a una suerte de empirismo, donde se fragmenta la explicación del comportamiento humano a partir de una diversidad de variables (factores de riesgo o protección) que contribuyan a explicar algo de la varianza. Se confía en que la suma de variables ayuden a la comprensión de la acción en su conjunto. La probabilidad sustituye a la causalidad.

En otras disciplinas ocurre exactamente igual, por ejemplo en criminología: - las ideas de que los orígenes de la delincuencia se podían reducir a un solo mecanismo básico se han desvanecido cuando los testimonios empíricos fueron dejando claro que tales ideas eran insostenibles. (...), hay en juego múltiples factores, interactúan de maneras complejas y su influencia relativa varía en los diferentes eslabones de la cadena causal y también según las fases concretas de la evolución. (Rutter y otros).

La misma tendencia se observa en el campo de la evaluación de programas. La intervención no es la única causa que puede provocar los cambios sino que hay una multiplicidad de factores que pueden influir en la realidad. Schuman lo expone en la siguiente figura:



Figura 20: Factores que influyen en la prevención (Extraído de Schuman)

Probablemente esta similitud a la hora de abordar el objeto de estudio entre diferentes disciplinas, sea un reflejo de la existencia de un cambio de paradigma sobre la visión del objeto. De la tradicional visión positivista se pasa a asunciones post-positivistas donde la realidad es algo complejo y de difícil aprehensión. Este cambio ha venido reforzado, o quizás directamente alimentado, por la extensión de los ordenadores y de los programas estadísticos que han permitido una democratización de la investigación social. Esto ha provocado que las grandes teorías de décadas pasadas sean cotidianamente contrastadas en los más diversos contextos.

No obstante, la aspiración post-positivista no llega a cumplirse, no se alcanza a identificar la ecuación definitiva que explique el comportamiento. Puede haber varias explicaciones. Por un lado, la amplia variedad de causas y por otro que, por más que se pretenda, los factores de riesgo o de protección no son suelo firme ni unidades objetivas sobre las que apoyar la nueva reconstrucción del cuerpo teórico. Los factores de riesgo son constructos sociales que no se acoplan, tal como se espera de ellos, a los enfoques de investigación "objetivistas".

Las tan esperadas evidencias científicas no son más que correlaciones o asociaciones entre factores contruidos. Las soluciones que se esperan de ellas, definitivas y unívocas, no llegan a producirse. Por ejemplo, la hipótesis de Kandel identificada en España está cuestionada con cautela por el NIDA. El programa DARE en EEUU es cuestionado en algunos informes (Becoña, 2002: 113) mientras que otros consideran que tiene eficacia (Ennett y otros, 1994). En otras ocasiones los factores tienen importancias diferentes dependiendo de las situaciones, tal y como menciona Rutter: "(...) *La conducta antisocial es heterogénea; aunque los mismos factores de riesgo y de protección se aplican en algún grado a la mayoría de las variedades de la delincuencia, su importancia relativa varía considerablemente*" (Rutter y otros: 427).

Algunos autores (Calafat y otros, 2004: 109) consideran que los programas interactivos son los únicos que han demostrado eficacia, pero incluso los no interactivos tienen porcentajes de cambio, tal como se puede ver en el artículo de Ennett.

Catalano y Hawkins (1996), encuentran una clara relación entre la conducta antisocial, la delincuencia y el consumo de drogas (227). En la relación de Rutter, sólo identifica una relación espúrea entre delincuencia y consumo de drogas. Además, algunas certezas pueden ser significativas estadísticamente pero no sociológicamente, como en una de las conclusiones del estudio "*Monitorign the Future Project*", donde se encuentra que la variable clave para explicar un mayor o menor consumo es el salir a bares, pubs, y otros locales: a mayor número de salidas por semana mayor consumo de drogas (392).

Otro de los hallazgos es que la pauta de consumo no permanece inalterable. Por ejemplo, el consumo de bebidas alcohólicas se inicia en la adolescencia y progresa lentamente. El otro ejemplo claro, es que en los países de cultura mediterránea y vitícola se ha ido dando una transformación en la forma de consumo hacia pautas anglosajonas, que se podrían resumir en un consumo abusivo de fin de semana. Actualmente se aprecia un progresivo descenso del consumo de alcohol y de otras drogas en España (Becoña, 2002: 65).

Como **conclusión** de este epígrafe se destacan dos ideas:

1. Existen una multiplicidad de factores que influyen en el uso, abuso y dependencia del consumo.
2. Las pautas de consumo no son inalterables.

5.2.2 Preceptos generales de la prevención

La prevención es un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentado el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas, Becoña, 2002: 21). Más específicamente, un programa preventivo es un conjunto de actuaciones con el objetivo específico de impedir la aparición del problema al que se dirige dicho programa. (Becoña 2002: 146).

Tabla 28: Evolución de los programas preventivos (Extraído de Becoña)

1960-1970	- Basados en el conocimiento - Basados en proporcionar información sobre el consumo de drogas y sus efectos.
1970-1980	- Programas afectivos - Programas inespecíficos (ej. Desarrollo personal)
1980-1990	- Programas basados en el modelo de influencia social: - Entrenamiento en habilidades de resistencia. - Entrenamiento en habilidades sociales.

A finales de los años 80 y primeros de los 90, ante el descorazonador escenario de los programas libres de drogas, surgió un nuevo concepto denominado reducción del daño o grupo de programas de cumplimiento de objetivos intermedios. La *Internacional Harm Reduction Association*, lo describe como: *Las políticas y los programas que tienen como objetivo primario reducir las consecuencias adversas que las sustancias tienen sobre los usuarios de drogas, sus familias y comunidades, desde el punto de vista sanitario, económico y social.*

En esta línea, el modelo de etapas multi-componentes considera que es más realista en algunos jóvenes mitigar el consumo y con ello las consecuencias para la salud, antes que conseguir la abstinencia (Becoña 1999: 144).

Durante el primer decenio del siglo XXI se han consolidado el modelo de prevención que podemos denominar no intervencionista. Es una *forma de actuar basada en el reconocimiento y respeto hacia éste (usuario de drogas) y en la reducción de riesgos como estrategia preventiva para preservar su salud (Rovira, 25).* Estos programas se apoyan en los siguientes preceptos:

- El interlocutor es una persona responsable con capacidad para valorar y tomar decisiones y el consumo es una de ellas.
- Se da una información objetiva, carente de intencionalidad.
- Se aportan habilidades o pruebas para una mejor gestión o reducción de los riesgos.
- No se juzga al consumidor por el hecho de serlo.

Bajo estos principios se pueden encuadrar una amplia variedad de programas y servicios (en el anexo incluido en este informe, Ficha de Programas, se citan unas 20 referencias españolas). Probablemente estamos ante una nueva generación de programas preventivos.

Entre las estrategias que se utilizan para abordar los problemas asociados se recogen las siguientes:

- La información, la educación y la comunicación (IEC).

Existen evidencias que sugieren que las estrategias de información, educación y comunicación (IEC) dan resultado, aunque han sido poco investigadas (Hunt). Parten del supuesto de que si una persona tiene la información adecuada, de forma racional cambiará su comportamiento. Esta idea se encuadraría dentro de las teorías de elección racional. Los críticos a estos enfoques argumentan que el comportamiento humano no se explica racionalmente, sino a partir de otros factores que conforman diferentes complejos, con elementos conscientes y no conscientes. Éstos serían la antesala de la acción. En el caso del consumo de drogas ocurre lo mismo, la conducta del individuo no sólo se mueve por una voluntad racionalizada.

- Los programas de análisis de sustancias y otros sistemas de alerta.

Estos programas pueden atraer a usuarios de drogas a los que sería difícil llegar de otro modo. Además, contribuyen a un sistema de alerta sobre la disponibilidad de nuevas sustancias. Sería precisa una investigación más profunda y exhaustiva sobre su verdadero funcionamiento e impacto (Hunt).

- Entrevistas Motivacionales.

Según Hunt, esta entrevista *proporciona un marco teórico coherente con los valores que sustentan la forma en que muchos reductores del daño se comprometen con los usuarios de drogas. Brindan un conjunto de técnicas y principios ampliamente investigados que pueden ser llevados a cabo por servicios de bajo umbral tales como los programas de suministro de agujas y jeringas o los trabajos comunitarios de asistencia social, y en conjunto con la metadona y otras terapias de reemplazo como parte de los esfuerzos para promover cambios de conducta y reducir el daño asociado a las drogas. Sin embargo, la cantidad limitada de estudios que han*

intentado evaluar la contribución propia de las entrevistas motivacionales en las conductas de riesgo para el VIH hace que las conclusiones sean insuficientes. Se necesitan más investigaciones para clarificar la manera en que ésta u otras estrategias pueden aumentar el efecto de los contactos que se generan dentro de los servicios de reducción del daño en personas a las que de otra forma sería muy difícil llegar.

Siguiendo la línea ya comentada anteriormente, hay dos asunciones que comparten estas intervenciones.

1. Una estricta ética donde intervenir en el cambio de conducta del consumidor puede suponer una invasión. El individuo es el único que tiene legitimidad para tomar decisiones sobre sí mismo aunque éstas sean nocivas desde una perspectiva externa. Es decir, la salud pública podría informar pero no debería inferir si no hay una invitación previa.
2. Se presupone que el comportamiento humano responde a una elección racional. En psicología se pueden encontrar diversos enfoques que explican la acción a través de un prisma racional. Incluso cuando el consumo acarrea efectos nocivos para el sujeto, estos se pueden compensar por determinadas recompensas, lo que justificaría la continuidad del comportamiento.

Estos principios responden a una determinada visión sobre la realidad política. Se evoca nuevamente el principio liberal donde lo público no tiene competencias sobre el individuo, o al menos no debe legislar ni gestionar en el interior de sus vísceras. Recuerda a la cita de Escotado, en dónde la piel es la frontera de lo público.

Según esta perspectiva, muchos de los programas preventivos se basan en un estricto respeto de la lógica recreativa actual y sólo tratan de proveer a los usuarios en situación de riesgo por consumo de drogas de elementos de información y de habilidades para afrontar con menos riesgos su comportamiento recreativo y de uso de drogas (Calafat: 108, 2004).

Estos programas reciben principalmente dos críticas:

1. En decenios anteriores no se vivía con tanta escrupulosidad el límite en la acción de los programas, al contrario, se reconocía legitimidad para tratar de cambiar hábitos. El concepto mismo de salud pública sobrepasa una concepción individual de la morbosidad. Es decir, no es ajeno lo que le pasa al vecino ya que me puede afectar a mí. No solamente por una motivación solidaria y de ayuda, sino también epidemiológica.
2. Como ya se ha comentado con anterioridad, el comportamiento de los individuos no siempre responde a una decisión racional. La información es un factor más y no tiene porqué ser el más importante a la hora de desencadenar la acción. En esta estrategia, una de las primeras en prevención, ya se ha comprobado su falta de consistencia (Teoría de Elección Racional).

Además, normalmente los consumidores de más riesgo son los que están mejor informados sobre las sustancias y sus consecuencias. El CSAP (135) propone evitar confiar únicamente en las intervenciones basadas en el conocimiento y diseñadas para proporcionar información sobre las consecuencias negativas del consumo en el ámbito escolar. Por otro lado, una mala información puede provocar que a ciertas edades se genere mayor curiosidad o que el mensaje sea percibido de forma diferente a cómo se quería transmitir (Becoña 1999: 61). Estos programas pueden tener efectos no esperados, como la legitimación del consumo y la asunción del riesgo a consumir.

La prevención, por tanto, es una disciplina “amplia” donde conviven varias concepciones de cómo trabajar. No se trata solamente de retrasar o inhibir el inicio del consumo, sino también de trabajar con población que lo hace de forma muy ocasional o con aquellos que

ya son consumidores (*Irefrea, 2001*). Entre los principales objetivos que se reconoce a las intervenciones preventivas, están los siguientes⁶:

Retrasar la edad del inicio del consumo de drogas.
Limitar el número y tipo de sustancias utilizadas.
Evitar la transición de la prueba de sustancias al abuso y dependencia de las mismas.
Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que consumen drogas o que tienen problemas de abuso y dependencia.
Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas.
Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas.
Modificar las condiciones del entorno socio-cultural y proporcionar alternativas saludables.

5.2.3 Hallazgos de las evaluaciones e investigaciones

Como se reflexionaba con anterioridad, en ocasiones se espera que una evaluación proporcione certezas, evidencias y conclusiones claras. Se confía en que sirva para crear programas preventivos más eficaces. Pero las evidencias, si se pueden considerar como tal, rara vez son generosas y requieren esfuerzos y tiempo para (re)construir un marco teórico que realmente sea decisivo en la práctica.

Estas expectativas ya fueron depositadas en la evaluación en décadas anteriores, cuando ésta emergía como nuevo campo social. En los años 60 y 70, se creía que los modelos experimentales podrían dilucidar entre las diferentes opciones para saber cuál de ellas era más eficaz. Pero el resultado de las evaluaciones no fue el esperado, los hallazgos eran pequeños y normalmente requerían ser contextualizados y matizados, cuando no corroborados. No resolvían definitivamente las dudas que tenían los políticos y su necesidad de tomar decisiones a partir de las conclusiones proporcionadas. En Estados Unidos, país pionero en evaluaciones, a la ilusión depositada en la evaluación le siguió un desánimo que parecía cuestionar incluso la propia utilidad de los procesos evaluativos.

Pero sin llegar a las pretensiones anteriores, la evaluación sí que puede avanzar en aportar cierto conocimiento que oriente y apoye al político que tiene que tomar decisiones.

A continuación se enumeran algunos de los hallazgos que se han recopilado en los procesos de investigación y evaluación analizados, según las diferentes dimensiones del informe de evaluación.

DISEÑO TEÓRICO

- Los programas de habilidades para la vida genérica (habilidades de comunicación, asertividad, solución de problemas, toma de decisiones, afrontamiento, resistencias sociales/compromiso social, búsqueda de metas e identificación de alternativas) reducen la incidencia del abuso de sustancias (*Becoña, 2002: 129 y 152*).

Repetidamente en meta-análisis, los programas que enfatizan las competencias sociales tienden a ser más exitosos (*Ennett y otros, 1994*). Los componentes básicos de los programas, tanto de prevención unitaria como tabáquica, deben ser el entrenamiento en habilidades y la educación normativa (*Fernández, 185*).

- Los modelos más eficaces combinan educación, coordinación y hacer cumplir la ley y los acuerdos: intervención multi-componente (*Calafat y otros, 2009*).

⁶ Recopilados por Becoña de diversos autores, entre los que se encuentra el PNSD.

- En un meta-análisis de 1986, Tobler encontró que resultaban más eficaces los programas centrados en factores psico-sociales que los que se focalizaban en la generación de alternativas. Por otro lado, no se mostraron eficaces los basados en la transmisión de información o en la educación afectiva (*Espada y otros: 62*).
- Una crítica bastante común de muchos programas preventivos es que carecen de una base teórica o de ser ateóricos.
- Los programas de Información, Educación y Comunicación (IEC) y las estrategias basadas en las entrevistas motivacionales son ampliamente utilizadas pero insuficientemente investigadas.
- Los programas de reducción de daños no amplían el círculo de consumidores, disuaden de iniciar el consumo a los consumidores potenciales de éxtasis y desmitifican las drogas sintéticas (*Benschop y otros 2002, cit en Rovira*).
- Las situaciones personales y de consumo son muy diversas y pueden cambiar mucho de una persona a otra. Sin embargo, las actuaciones preventivas suelen ser bastante universales (*Becoña, 2002: 109*). Una de las variables que influyen es el género.

Para mejorar su eficacia, los programas de prevención deben tratar riesgos específicos relacionados con la población destinataria, como la edad, el sexo o los aspectos culturales (*NIDA, 2004*).

- Los programas de análisis de sustancias conllevan una paradoja en sí mismos pues el verdadero problema no está tanto en la adulteración, cada vez menor, sino es la sustancia en sí misma (*Calafat 2004: 130*).
 - Estudios recientes señalan que los programas deberían partir de un reconocimiento previo del consumo entre los adolescentes, sustituyendo los mensajes de abstinencia por los de un uso responsable (*Fernández y otros: 185*).
 - Los programas que se focalizan en una sola droga resultan más eficaces que los que se centran en varias (*Espada: 71*).
 - Una intervención temprana en factores de riesgo tiene mayor impacto que una intervención tardía, al cambiar la trayectoria de la vida del niño alejándole de los problemas y dirigiéndole hacia conductas positivas (*NIDA, 2001*).
- La misma idea es presentada por Díaz, quién dice que si se siguen las indicaciones diagnósticas del DSM IV se llega tarde para tratar el problema (*Díaz, 2010*).
- A mayor riesgo de la población objetivo, el esfuerzo preventivo debe ser más intenso y comenzar antes.
 - Existen reticencias por parte de los jóvenes ante las iniciativas que provienen de las instituciones (*Árbex*).

SOBRE LOS OBJETIVOS/RESULTADOS

La literatura en evaluación de prevención identifica aquellas intervenciones que producen cambios. Para poder comparar los cambios de diferentes medidas e intervenciones, se suele utilizar el estadístico magnitud o tamaño del efecto:.

En el programa estadounidense DARE, los cambios oscilan entre el 0.42 y el 0.6.

- o Sin embargo, de las 6 medidas, 5 estaban entre 0.6 y 0.19.

En un meta-análisis de programas de prevención, los programas interactivos oscilaban entre el 0.18 y el 0.75 (*Ennett y otros*).

Otros meta-análisis de Tobler, citados por Becoña (*Becoña 2002: :154*), establecen los siguientes ratios:

- Programas interactivos: 0.15- y 0.18
- Programas no interactivos: 0.00 y 0.05
- Programas de alta calidad interactivos: 0.27 y 0.16
- Programas de alta calidad no interactivos: 0.03

A continuación se incluyen algunos de los factores o hallazgos que **contribuyen** a una **mejor prevención**:

Algunos programas comunitarios y escolares no consiguen detener el inicio aunque sí la intensificación del uso de sustancias (Becoña, 2002: 88).

Trabajar sobre el ambiente social, la personalidad y los factores de riesgo produce mejores resultados preventivos que trabajar sólo uno de ellos (Becoña, 2002: 100).

Existen diferencias entre hombres y mujeres, y esto debería incorporarse en los programas de prevención (Becoña, 2002: 130). Esta especificidad funciona mejor con jóvenes de alto riesgo (Becoña, 2002: 131).

Uno de los objetivos debe ser retrasar la edad de inicio de las actividades recreativas que más se asocian al consumo de drogas (Decálogo de IREFREA).

Uno de los factores de riesgo con mayor valor predictivo sobre el abuso de drogas es iniciarse tempranamente en su uso. Es decir, la edad de inicio en el consumo.

Otro factor es la percepción de riesgo asociada al consumo, existe una alta correlación inversamente proporcional entre la percepción de riesgo y el consumo (Bachmann et al. 2002).

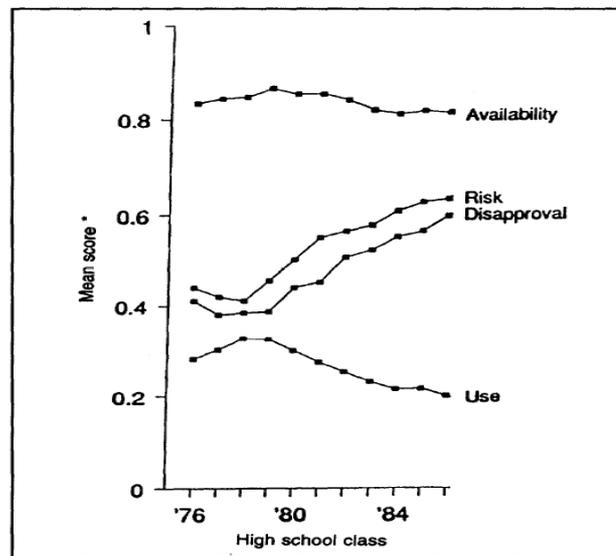


FIGURE 1. Trends in annual marijuana, perceived availability, perceived risk, and disapproval: High school seniors, 1976-1986

Figura 14: Correlación entre percepción del riesgo, consumo, desaprobación y disponibilidad (Extraído de Bachman et al., 2002)

A continuación se incluyen factores o hallazgos que **no contribuyen** a una **mejor prevención**:

En la prevención escolar se ha evidenciado que la información es un requisito necesario en todo programa, pero no suficiente para cambiar actitudes y comportamientos. De hecho, muchas veces los consumidores tienen más información que los no consumidores. Según los mismos autores, la información que se recoge es la que no pone en entredicho al receptor (*Calafat y otros, 2004: 109*).

Los programas basados que se basan en lanzar mensajes de miedo y que crean alarma social (*Becoña, 2002: 298*).

La mejora de valores y autoestima han tenido poco éxito (*Becoña, 2002: 298*).

No siempre existe una vinculación entre el conocimiento, las actitudes y la conducta (modelos racionales) (*Becoña, 2002: 99*).

Ofrecer simultáneamente una amplia variedad de actividades relacionadas con la prevención no mejora la efectividad (*Becoña, 2002: 130*).

Las actividades preventivas para el consumo de alcohol pueden no serlo para otras drogas (*Becoña, 2002: 131*).

Los programas de ocio nocturno o actividades "libres de drogas" son las más costosas y no siempre está clara su utilidad y su efectividad (*Becoña, 2002: 132*).

- En la evaluación de Hermida y Secades del programa "Abierto hasta el Amanecer", los resultados no son alentadores. No hay diferencias entre la población que acude al programa y la que no acude con relación al consumo, a los hábitos y a las actitudes ante las drogas.
- Tampoco se consigue atraer a los jóvenes en mayor situación de riesgo (*Calafat y otros, 2004, 123*). La orientación de estos programas se dirigen hacia el no consumidor, aunque habría que saber si la nocturnidad actúa como un factor de riesgo ante el consumo.

Bachman va más allá y encuentra que participar en actividades recreativas tiende a alentar y facilitar el uso de sustancias. Estos efectos son mayormente independientes del efecto que pueden tener las actitudes que se tengan sobre las drogas (*Calafat y Juan, 2003*).

SOBRE LOS PROCESOS

A continuación se incluyen hallazgos relacionados con la dimensión de los procesos en los programas de prevención:

Nancy Tobler diferencia entre **programas interactivos** y no interactivos, *los programas interactivos producen tamaños de efectos más grandes que los no interactivos* (Tobler). También Botvin y otros (1995) encuentran la interacción y la participación como un factor de mayor eficacia en los programas.

El **consejo interpersonal**, la atención u otras formas de interacción intensiva fortalecen los factores de protección (*Becoña, 2002: 130*).

La técnica de la **entrevista motivacional** es un marco de referencia ampliamente usado en las prácticas de reducción del daño. Sin embargo, las evidencias en cuanto a su impacto en el riesgo de VIH son escasas y no concluyentes (*Hunt*). Muchos de los programas gubernamentales utilizan la intervención motivacional o el entrenamiento de los padres (*Buckar*).

- Se han encontrado 21 programas de prevención indicada que se apoyan en la estrategia motivacional (*Burkhardt, 2009*).
- El programa Alfil se apoya, entre otras, en la estrategia motivacional breve (*Diaz y otros, 2010*).
- Algo de especial interés es la realización de sesiones de refuerzo por teléfono. Se identifican resultados significativos a los 3 años (*Fernández y otros, 186*).

Dentro de los programas de prevención, es positivo incorporar la identificación del problema y la remisión a un tratamiento (en caso de ser necesario) (*CSAP, 134*).

Los **servicios de apoyo profesional** (SAP) ofrecen garantías profesionales. Existen limitaciones y reticencias a asistir a la consulta de un profesional en los servicios de atención tradicionales. Un ejemplo de este tipo de intervención en ambientes recreativos es el programa "Street Conversation" de Portugal.

Los programas deben ser continuos y tener sesiones de refuerzo (*Calafat y otros, 2004: 109*). Se recomienda cierta frecuencia. Whitte y Pitts hablan de un número mínimo de sesiones, 10 ó más (*Fernández: 183*).

Existe una relación clara entre el **sexo seguro y el consumo de sustancias**. Se considera la embriaguez como factor de riesgo de riesgo para las prácticas sexuales no seguras (*Calafat y otros, 2004: 127*).

Ciertos estudios recomiendan centrar los aspectos informativos en los efectos negativos del consumo a corto plazo, ya que mucha información se considera innecesaria y a veces contraproducente (*Fernández y otros 185*).

Existen dudas sobre la contribución de la relajación a la prevención de drogas (*Espada y otros: 75*).

Desarrollar estrategias que aseguren el cumplimiento riguroso de la existencia metodológica y la implementación de los procesos. La rigurosidad tiene que tener el mismo rango que el desarrollo conceptual de los contenidos. (*Jiménez y Acero*).

El reparto de folletos es una buena medida en base a otras actuaciones (*Calafat, 2010. Ponencia La importancia de evaluar lo que se hace ¿ocio, intervención, medidas puntuales...?*).

ELEMENTOS ESTRUCTURALES

A continuación se incluyen algunas ideas relacionadas con la dimensión de los elementos estructurales en los programas de prevención:

Las cualidades del staff encargado del cuidado, el compromiso, la entrega y las altas habilidades de escucha pueden estar asociadas con resultados favorables en los programas de prevención (Becoña, 2002: 131).

- Es necesario incluir la formación básica de los mediadores (*Fernández y otros: 185*).

En los programas para jóvenes, los resultados favorables pueden estar asociados con la participación de otras personas mayores pero del mismo marco cultural (Becoña, 2002: 131).

Se recoge en la literatura la necesidad de determinar qué mediadores presentan mayor accesibilidad, credibilidad y prestigio dentro del grupo de jóvenes. No obstante, esto no quiere decir que estos atributos sean sólo asignados a jóvenes (Becoña, 2002: 116).

Se está utilizando con bastante frecuencia como estrategia de aproximación la mediación entre iguales (es decir, mediadores jóvenes para población destinataria joven). Se presupone que este hecho facilita el acceso a esta población. No hay una evaluación clara sobre este tipo de estrategias (*Calafat y otros 2004: 128*). Por otro lado, la crítica es que no todos los jóvenes tienen las capacidades necesarias para esta tipo de intervención. La mera presencia de un joven no tiene porque conducir a un cambio.

- Fernández y otros argumentan que la eficacia puede incrementarse con la participación de los iguales (*183*).

Internet es una buena herramienta para acceder a la población destinataria. Según el Eurobarómetro (2002), aproximadamente el 28% de los jóvenes europeos utilizan este medio como fuente de información (*Calafat y otros 2004: 120*). Aunque no hay datos empíricos en prevención, en áreas afines como la telemedicina, los pacientes llegan a preferir la comunicación con un ordenador al contacto con un médico (*Kröger: 33*).

Los programas deben incluir a los padres, madres o cuidadores que refuercen lo que los chicos aprenden y que generen oportunidades para discutirlo en familia (*Becoña 1999: 46*).

- El 95% de los padres preguntados creen que son los responsables en la educación de sus hijos en

drogas, convirtiéndose en agentes de prevención (*García del Castillo, 2010*). *Ponencia El papel de la familia en la consolidación y cambio en la conducta del joven: actuaciones al respecto*.

Entre los programas para jóvenes, los resultados favorables pueden estar asociados con la participación de otras personas mayores pero del mismo marco cultural (131).

POBLACIÓN DESTINATARIA, COBERTURA TEÓRICA

En cuanto a la población destinataria, ésta se suele dividir en función de la situación de riesgo en la que se encuentre. La clasificación más extendida es la de Gordon (1987) en la que diferencia: universal, selectiva e indicada.

Las ventajas de los programas selectivos e indicados es la posibilidad que ofrecen de tratar el problema tempranamente. Los objetivos de la prevención indicada se dirigen a la prevención del abuso de sustancias en individuos que muestran comportamientos peligrosos a temprana edad, como pueden ser altos grados de consumo de alcohol y de otras drogas de iniciación (*Burkhart, 2009*). Los esfuerzos no se centran tanto en prevenir la iniciación o el consumo de sustancias como tales, sino en prevenir el desarrollo de su dependencia (*adaptación de Becoña, 2002 de Oxford 2000*):

Entre las desventajas se encuentran las siguientes:

- Etiquetar y estigmatizar a la población con la que trabaja.
- Dificultad para diferenciar a la población en diferentes situaciones de riesgo.
- Mayor rechazo de aquellas personas con mayor riesgo.
- El estatus/concepto de riesgo es inestable y cambia a lo largo del tiempo.
- El poder para predecir el trastorno futuro habitualmente es muy bajo.
- El grupo de alto riesgo presenta muy pocos casos en relación a los de menor riesgo. Además, tal como expresan Calafat y otros, en la práctica acaban siendo los consumidores moderados o los no consumidores quienes se interesan más por las cuestiones preventivas.
- Tendencia a ignorar el contexto social como un objetivo de intervención.
- La intervención puede ser conductualmente inapropiada.

En relación a la posibilidad de simultanear la prevención secundaria y la reducción de daños, (*PNSD, 1996; Irefrea, 2001*), entendemos que es conveniente incidir sobre un doble objetivo: los grupos de jóvenes que aún no se han iniciado en el consumo o cuyo consumo es ocasional y también el colectivo de los consumidores (146). El problema que surge de esta doble orientación es que se desconoce si los mensajes de reducción de daños aplicados a la población consumidora pueden ser contra-preventivos para los no consumidores. Según un estudio de *Burkhart y otros (2001)*, el 63% de los programas van dirigidos tanto a consumidores como a no consumidores. *Calafat* apunta que es conveniente diferenciar entre consumidores experimentales y habituales (*Calafat y otros 2004: 114*).

Existe preocupación entre los programas por no despertar rechazo en los jóvenes consumidores y poder acceder a una población que ya de por sí presenta ciertas reticencias a estas intervenciones. Este hecho queda reflejado especialmente en la estética asumida por los programas, que buscan romper estas barreras y captar el interés de los jóvenes. El riesgo es que este hecho acabe convirtiéndose en la finalidad misma de la intervención. Para *Calafat y otros*, supone una limitación a la hora de introducir mensajes y plantear cuestiones.

Según el Plan Nacional Sobre Drogas, los objetivos de las estrategias de prevención deben girar en torno a dos aspectos:

1. Ofrecer a la población información suficiente sobre los riesgos del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias capaces de generar dependencias o cuyo uso puede entrañar riesgos para la población que las consume (144).
2. Desarrollar proyectos dirigidos a la población de alto riesgo (145).

Por último, destacar otra serie de factores relacionados con la población destinataria:

- Existen evidencias que sugieren que las estrategias de información, educación y comunicación (IEC) dan resultado, pero han sido muy poco investigadas. (Hunt, 1)
- Según los principios de la prevención en drogas del NIDA, (Solodoba y David 1997):
 1. Deben adaptarse a cada comunidad.
 2. Cuanto mayor riesgo más intensivo.
 3. Específicos para la edad.
 4. Óptimos coste-efectivos (127)
- Existen diferencias entre hombres y mujeres y grupos étnicos (130).

ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Tradicionalmente los programas de intervención se han fijado en la población a través de tres ámbitos, la casa, el colegio y las actividades de tiempo libre. Pero existe un cuarto ámbito más inaprensible que es la calle, el espacio que mayormente ocupan los jóvenes que no participan en otras actividades estructuradas ni acuden a lugares recurrentes.

Es importante resaltar la dificultad para encontrar programas preventivos en dicho ámbito, aun cuando es el espacio más directamente asociado al consumo, por lo que supone un nuevo espacio para los programas de prevención.

5.3 Revisión teórica de Sales Hoy?

En este apartado situamos al proyecto *Sales Hoy?* en el marco de las principales teorías explicativas del consumo analizadas en páginas anteriores y de los hallazgos e ideas avaladas por evaluaciones de otros proyectos similares. Es decir, se trata de conocer aquellos aspectos y elementos recogidos por *Sales Hoy?* dentro de su funcionamiento y modelo teórico.

5.3.1 Ajuste del programa a los modelos teóricos

A continuación presentamos algunas de las ideas relacionadas con los modelos teóricos en prevención de drogas. El análisis se divide en dos, por un lado, aquellos factores o aspectos positivos recogidos por *Sales Hoy?* y, por otro, algunas críticas o elementos que *Sales Hoy?* no incluye dentro de su modelo.

FACTORES POSITIVOS

- Existen hipótesis que vinculan el consumo actual con los consumos existentes al inicio, es decir, los consumos que comienzan a edades más tempranas. Por lo tanto, intervenir en el consumo inicial y en edades tempranas parece ser un factor de éxito en la prevención. *Sales Hoy?* se centra de forma particular en la población joven o adolescente, siendo esto un factor positivo.
 - o Dentro de esta lógica, el consumo de alcohol intensivo va desde los 18 a los 26 años. Según estas teorías, esta parece ser la franja de edad adecuada de

intervención. *Sales Hoy?* se situaría dentro de esta franja ya que la edad media de las usuarias del proyecto es de 22,7 años.

- *Sales Hoy?* se encuadraría dentro de una determinada línea de proyectos de prevención refrendada por la literatura científica. Por ejemplo, los objetivos de *Sales Hoy?* se encuentran recogidos en las recomendaciones establecidas por diversos autores o modelos, como son retrasar la edad de inicio del consumo de drogas, limitar el número y tipo de sustancias utilizadas, evitar la transición de la prueba de sustancias al abuso y dependencia de las mismas, o disminuir las consecuencias negativas del consumo de drogas en los consumidores habituales.
- En esta misma línea, la prevención es una disciplina amplia con diferentes concepciones, modelos y teorías sobre cómo trabajar y abordar la realidad. Aunque *Sales Hoy?* no contempla en su intervención algunas de las teorías existentes, como pueden ser las del aprendizaje social y las multi-componentes, sí que se encuadra dentro de una teoría más general y amplia de la prevención.
- Durante los últimos años, se ha observado la aparición y consolidación de un patrón de consumo de sustancias exportado del mundo anglosajón, que vincula el consumo de drogas con el fin de semana. Así, *Sales Hoy?*, que centra su intervención en el ocio nocturno de fin de semana, se adapta a los nuevos patrones de consumo de los jóvenes.
 - o Cabe destacar que *Sales Hoy?* cuenta con herramientas, como el cuestionario a usuarias para realizar la intervención, que le permiten conocer y analizar nuevas tendencias en los patrones de consumo.
- Calafat y otros autores confirman que en el desarrollo de una dependencia, la droga no es un factor de riesgo. Además, según el modelo de etapas multi-componentes, es más realista reducir daños y mitigar el consumo (y sus consecuencias) que lograr la abstinencia o el no consumo. *Sales Hoy?* se enmarca dentro de los programas de prevención que pretenden una reducción de daños y que considera más realista mitigar o reducir el consumo.
- Becoña propone un modelo comprensivo donde incorpora las principales ideas de los diferentes modelos de prevención. En este modelo incorpora la percepción del riesgo y la planificación, dos de los objetivos que persigue *Sales Hoy?*.
- Existe una dicotomía entre los programas no intervencionistas que se limitan a proporcionar información al usuario (sin pretender cambiar pautas de una forma directa) y los intervencionistas que se consideran legitimados para intervenir a toda costa (sin modular o adaptar el mensaje que ofrecen al perfil o necesidad de la usuaria). *Sales Hoy?* tiene la virtud de ofrecer una intervención modulada, es decir, en función de la demanda de la usuaria, la intervención tiene una mayor o menor profundidad.
- La entrevista motivacional, unos de los ejes en los que se basa la intervención de *Sales Hoy?*, es una herramienta validada por varios autores, independientemente de cómo se ejecute o aplique.
 - o Ha sido utilizada de forma exitosa en programas de VIH, aunque las evidencias todavía son insuficientes como para emitir juicios de valor sólidos y concluyentes.

CRÍTICAS

- Teorías de la elección racional: *Sales hoy?* apoya gran parte de su modelo de intervención en que a partir de ofrecer una información objetiva a las usuarias, éstas tomarán las decisiones de una forma racional, es decir, se lograrán cambiar las pautas de consumo. Sin embargo, las evidencias avalan que es insuficiente basar una actuación bajo la premisa de que las personas tomarán las decisiones racionales una vez que cuenten con la información necesaria. Por lo tanto, *Sales Hoy?* se inspira en teorías de la elección racional que no explican la toma de decisiones o el consumo de sustancias. Habría que tener en cuenta otros factores, como los de protección o las teorías del aprendizaje social.
- Una de las críticas apuntadas por autores como Calafat, y que mantiene el Equipo de Evaluación, es que los programas de reducción del daños, dependiendo de cómo se apliquen, pueden tener un efecto legitimador del consumo. Es decir, no se lograría la reducción de daños. Sin cuestionar la pertinencia teórica de este tipo de programas, habría que tener en cuenta este hecho contraproducente o como un posible riesgo o efecto no esperado.
- Dentro de esta línea de programas de nueva generación, *Sales Hoy?* utiliza dos estrategias reconocidas: entrevista motivacional breve y la IEC (información, educación y comunicación). No obstante, existen autores que argumentan que la información por sí sola no es eficaz. Cualquier tipo de intervención debería contemplar la información junto con otras actividades complementarias. En este sentido, *Sales Hoy?* basa gran parte de su intervención en la información, en detrimento de otras herramientas que adquieren un protagonismo menor.
 - o Otras evaluaciones ponen de manifiesto que la información proporcionada de forma aislada no provoca cambios en las usuarias.

CONCLUSIÓN

Sales Hoy? interviene con grupos de edad adecuados para la prevención (jóvenes) y cuenta con un marco teórico y unos objetivos reconocibles y avalados dentro de la literatura y los modelos existentes. Se encuadra dentro de un modelo comprensivo y de reducción de daños, utilizando estrategias validadas como la IEC o la entrevista motivacional breve. No obstante, el proyecto se olvida de los factores de riesgo y las teorías del aprendizaje social, y se apoya en una Teoría Racional muy cuestionada.

5.3.2 Pertinencia de acuerdo a los hallazgos

A continuación se presentan los principales hallazgos o hechos avalados por otros proyectos o investigaciones relacionadas con los programas de prevención de drogas.

HALLAZGOS GENERALES

Entre los **factores positivos** que recoge *Sales Hoy?* se encuentran los siguientes:

- *Sales Hoy?* no es un programa ateorico, es decir, se enmarca dentro de teorías y modelos generales existentes en la prevención. Cuenta con un modelo teórico avalado por evidencias.
- Se enmarca dentro de los programas de reducción de daños en el consumo. Se han encontrado evidencias de que estos programas provocan menos riesgos de los que muchos autores presuponen.
- Es un proyecto que atiende a las situaciones de consumo interpersonales, es decir, realiza intervenciones en las que logra ajustarse al perfil y necesidades de las usuarias.

- Se encuadra dentro de los programas que buscan incidir en el consumo responsable, siendo este aspecto un factor positivo.
- Es un proyecto que supera las reticencias o el rechazo que puedan generar los programas “institucionales” entre las potenciales usuarias. Esto se logra a partir de una estética joven que logra captar la atención y el interés.

A continuación se incluyen algunas **críticas** relacionadas con el modelo de *Sales Hoy?*:

- El proyecto centra su intervención en el consumo de diferentes sustancias. Existen evidencias de una mayor eficacia cuando los programas se centran en un número menor de drogas.
- En la línea anterior, *Sales Hoy?* se focaliza demasiado en la sustancia, cuando existen otras dimensiones relacionadas con el consumo que deben ser tratadas por un programa de prevención.
- Los programas de habilidades para la vida y los multi-componentes han demostrado ser más eficaces. *Sales Hoy?* no se encuentra dentro de éstos.
- Tobler encontró evidencias que demostraban una mayor eficacia de los programas dirigidos a los factores psico-sociales antes que a los que pretendían generar alternativas al consumo. *Sales Hoy?* no incorpora esta idea.
- *Sales Hoy?* no es un programa que cuente con una intervención continuada en el tiempo con las usuarias. Se basa en acciones puntuales sin sesiones de refuerzo.

HALLAZGOS SOBRE LOS OBJETIVOS/RESULTADOS

Entre los **factores positivos** de *Sales Hoy?* destacamos:

- El programa es eficaz ya que logra en gran parte sus objetivos. Según algunos estándares creados para la comparación de programas de prevención, se enmarcaría entre aquellos cuya magnitud del efecto logrado es media o media-baja.
- Algunos programas de prevención no logran detener el inicio del consumo, pero sí inciden en un menor uso o intensificación del mismo. Los resultados de *Sales Hoy?* avalan que el proyecto se encuadraría dentro de esta tendencia.
- El proyecto pretende incidir en la percepción del riesgo del consumo de sustancias. Sobre esta idea existen certezas de que se trata de un factor predictor del consumo.
- Es acertado que no se centre en el miedo, lo que es eficaz, y comete el error al cubrir todo el espectro de la prevención, y esto no mejora los resultados del programa.
- La intervención de *Sales Hoy?* no se centra en ofrecer alternativas de ocio nocturno. Estos programas no han demostrado su efectividad (los autores más críticos incluso defienden que pueden tener un mensaje contradictorio, alentando el consumo). Además, suelen ser programas costosos económicamente.
- Uno de los grandes retos a los que se enfrentan los programas de prevención es al de atraer y lograr el interés de los jóvenes en situación de riesgo. En este sentido, *Sales Hoy?* obtiene buenos resultados.

Algunas de las **críticas** al modelo de *Sales Hoy?* se relacionan con:

- *Sales Hoy?* no incide en algunos factores clave en la prevención del consumo como pueden ser la personalidad o el ambiente social del individuo entre otros.
- Hay evidencias sobre la diferencia de consumo entre hombres y mujeres. Este hecho no es recogido por el proyecto.

- *Sales Hoy?* vincula de forma muy acusada la idea de informar con la idea de lograr un cambio de conducta y actitud sobre el consumo. Las evidencias avalan que la información por sí sola no necesariamente implica cambios en el comportamiento.

PROCESOS

Entre los elementos **positivos** destacan:

- Los programas interactivos son más eficaces, y *Sales Hoy?* basa gran parte de sus intervenciones en la interactividad: juegos de toma de conciencia, conversaciones, etc.
- El consejo interpersonal favorece la prevención. Este es un elemento clave en todo el proceso de intervención del proyecto.
- Aunque hay diversos programas que utilizan la entrevista motivacional como parte de su estrategia y existen indicios como para pensar que es una herramienta eficaz, no se han encontrado hallazgos que lo validen.
- Aunque *Sales Hoy?* es una intervención puntual sin sesiones de recuerdo (algo que incluso está contraindicado por la literatura), este hecho es contrarrestado por su capacidad para derivar a profesionales especializados, un aspecto valorado positivamente por varios autores.

Algunos actores entrevistados consideran que las intervenciones deben ser continuadas en el tiempo, lo que permite trabajar poco a poco con la usuaria: *“Me refiero a que como es un proyecto muy concreto y con un escenario muy concreto no les iba a permitir, por ejemplo, hacer un trabajo con adolescentes en medio cerrado, en un taller tres tardes a la semana durante seis meses ¿no?. Entonces se da otro tipo de relación y te permite ir creciendo en esa relación de una manera bien distinta” (E-4, pág. 8)*. Las intervenciones de *Sales Hoy?* son puntuales, casi casuales, de una duración que rara vez supera los 30 ó 45 minutos. Tampoco se cuenta con ningún canal o herramienta habilitada que permita una continuidad en días posteriores, lo más parecido sería la dirección de mail existente y apenas ha tenido repercusión. Que la intervención continúe otro día depende prácticamente de la casualidad, de que la carpa y la usuaria se encuentren en la calle. Cabe destacar que con el paso del tiempo se reconoce la labor del proyecto, hecho que permite que algunas usuarias vuelven a entrar en contacto con *Sales Hoy?*: *- Esto es un trabajo continuo. Ya nos hemos encontrado gente que pasa dos o tres veces por delante de la carpa, y el cuarto fin de semana, de repente, que te ven en cuatro sitios diferentes, te llega y te dice, oye, ¿qué es esto? que ya os estoy viendo tanto que ya es cuando le informas y bien toma conciencia o no - (GD, pág. 3).*

- Existe relación entre consumo y sexualidad y *Sales Hoy?* incorpora esta dimensión. Sin embargo, se constató durante el trabajo de campo que algunas usuarias estaban recibiendo un mensaje demasiado sesgado centrado casi exclusivamente en la sexualidad sin vincular ésta con el consumo de sustancias.
- El programa informa sobre los efectos que puede tener el consumo a corto plazo, siendo un hecho positivo.
- También se han encontrado evidencias del impacto positivo que supone repartir folletos informativos.

Algunas de las **críticas** al modelo de *Sales Hoy?* relacionado con los hallazgos encontrados son las siguientes:

- Se recomienda ser muy riguroso con la implementación y ejecución de los programas y *Sales Hoy?* no lo está logrando.
- Los protocolos de actuación deben ajustarse a los diferentes consumos según el tipo de sustancia. *Sales Hoy?* no lo está consiguiendo.

ESTRUCTURA

Dentro de los hallazgos relacionados con los elementos estructurales, se plantean algunas **críticas** al proyecto *Sales Hoy?*:

- No hay consenso a la hora de validar la idea de que un staff joven tiene una incidencia positiva sobre la captación de usuarias jóvenes. *Sales Hoy?* cuenta exclusivamente con un Equipo de Intervención compuesto por personas jóvenes. Sin embargo, existen evidencias del efecto positivo que tiene contar con la participación de personas de un perfil de edad mayor.
- Diferentes autores defienden que Internet ha demostrado ser una buena herramienta para la prevención. Sin embargo, este canal no ha logrado buenos resultados en *Sales Hoy?*

POBLACIÓN DESTINATARIA

En relación a la población diana del proyecto, destacamos como aspecto **positivo**:

- Se inserta dentro de los programas de prevención indicada y selectiva. Este hecho es resaltado como positivo, especialmente cuando se interviene en las fases iniciales del consumo, es decir, con población joven. *Sales Hoy?* vincula con acierto población joven y consumo de mayor riesgo.

Una de las posibles **críticas** a *Sales Hoy?* se relaciona con:

- Interviene con consumidores habituales y no habituales indistintamente. Este hecho puede generar mensajes contra-preventivos, especialmente si no se diferencia o se adapta la intervención en función del tipo de consumo. En *Sales Hoy?* no parece existir un procedimiento que diferencie las intervenciones en función del perfil del consumidor.

ÁMBITO DE LA INTERVENCIÓN

Como aspecto positivo, cabe destacar que los programas de prevención no suelen ubicarse en la calle y que por lo tanto no están cubriendo otro de los espacios habituales de los jóvenes (junto con la escuela, la familia, etc.). Este es uno de los grandes aciertos de *Sales Hoy?*

■ Bibliografía

-
- ACLAD (2007). *Memoria resumen*, Aclad, Castilla y León.

 - ALBORADA (2008). *Memoria Proxecto Creative*, Galicia, Alborada.

 - ANDERSON, A.R. y HENRI, C.S. (1993). *Family System Characteristics and Parental Behavior as Predictors of Adolescent Substance Use*, *Adolescence*, 29 (114).

 - ÁRBEX, C. (2003). *Buenas Prácticas y Retos de los Programas de Ocio Saludable*, Madrid, Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales.

 - AVERNA, S. y HESSELBROCK, V. (2001). *The relationship of perceived social support to substance use in offspring of alcoholics*, *Addictive Behaviors*, 26.

 - BABOR, T., HIGGINS-BIDDLE, J., SAUNDERS, J. B., MONTEIRO y M. G. (2001). *AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria*, OMS.

 - BACHMAN, J.G. (1994). *Incorporating Trend Data To Aid in the Casual Interpretation of individual-level correlations among variables: examples focusing on the recent decline in marijuana use*, *Research*, 142, pp. 112-139.

 - BACHMAN, J.G., O'MALLEY, P., SCHULENBERG, J.E., JOHNSTON, L.D., BRYANT, A.L. y MERLINE, A.C. (2002). *The Decline of Substance Use in Young Adulthood: Changes in Social Activities, Roles and Beliefs*, U.S.A, Lawrence Erlbaum Associates.

 - BARRIUSO, M. (2002). *Drogas Ilícitas, Vida Recreativa y Gestión de Riesgos. Estudio-Diagnóstico de Necesidades de Intervención en Prevención de Riesgos en Ámbitos Lúdico-Festivos de la Comunidad Autónoma del País Vasco*, País Vasco, Ai laket!!.

 - BECKER, B.J., *Meta-Analysiss and Models of Substance Abuse Prevention*, *Research*, 170, pp. 96-119.

 - BECOÑA, E. (2002). *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*, Madrid, PNSD.

 - BECOÑA, E. (1999). *Bases Teóricas que Sustentan los Programas de Prevención de Drogas*, PNSD.

 - BERMAN, A.H., BERGMAN, H. y PALMSTIERN, T. (2007). *Dudit-E Manual: The Drug Use Disorders Identification Test-E*, Estocolmo, Version 1.1, Karolinska Institutet/Institutionen för klinisk neurovetenskap/Sektionen för beroendeforskning.

 - BOTVIN, G., BAKER, E., DUSENBURY, L., BOTVIN, E. y DIAZ, T. (1995). *Long-Term Follow-Up Results of a Randomized Drug-Abuse Prevention Trial in a White Middle Class Population*, *Journal of the American Medical Association*, 273, pp.1106–1112.

 - BUKOSKI, W.J. (editor) (1997). *Meta-Analysis of Drug Use Abuse Prevention Programs*, *Research Monograph 170*, NIDA.

 - BURKHART, G., *Una revisión de los programas escolares Europeos recogidos por el sistema de información EDDRA*. IDEA prevención, N° 23, Julio/Diciembre 2001, Pp. 64-74

 - BURKHART, G. (ed): *Demand reduction activities in the field of synthetic drugs in the European Union*. In: Calafat, A et al.: *Risk*
-

- CALAFAT, A. (2010). *La importancia de Evaluar lo que se Hace ¿Ocio, Intervención, Medidas Puntuales...?*, Seminario Consumo Intensivo de Alcohol en Jóvenes: conocimiento, alternativas y viabilidad, Valencia, Ponencia oral.

- CALAFAT, A., AMENGUAL, M., FARRÉS, C., MEJÍAS, G. y BORRÁS, M. (1992). *Tú Decides. Programa de Educación Sobre Drogas*, 3ª edición, Mallorca, Secció de Promoció de la Salut. Servei d'Acció Social i Sanitat.

- CALAFAT, A., FERNÁNDEZ, C., JUAN M., BECOÑA, E. y GIL, E. (2004). *La Diversión sin Drogas: Utopía y Realidad*, Palma de Mallorca, Irefrea.

- CALAFAT, A. y JUAN, M. (2003). *De la Etiología a la Prevención del Uso y Abuso de Drogas Recreativas*, Adicciones, 15 (Extra 2), pp. 261-287.

- CALAFAT A., JUAN, M. y DUCH M.A. (2009). *Intervenciones Preventivas en Contextos Recreativos Nocturnos: Revisión*, Adicciones, 21, (4), pp. 408.

- CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE PREVENTION (1997). *Selected Findings in Prevention. A Decade of Results From the Center for Substance Abuse Prevention*, Washington, Department of Health and Human Services, Center for Substance Abuse Prevention.

- CENTRO DE DOCUMENTACIÓN DE DROGODEPENDENCIAS (2001). *Boletín*, Observatorio Vasco de Drogodependencias, p. 10.

- COLLINS, L.M. y SEITZ, L.A. (editores) (1994). *Advances in Data Analysis for Prevention Intervention Research*, Research, 142.

- CRUZ ROJA ESPAÑOLA (2005): *Formación Básica Institucional. Formación Básica para el Voluntariado CRE*. Madrid, Cruz Roja Española

- DÍAZ, R. (2010). *Abordaje del Consumo Abusivo de Alcohol y Drogas Recreativas en Jóvenes con Riesgo Psiquiátrico*, Seminario Consumo Intensivo de Alcohol en Jóvenes: conocimiento, alternativas y viabilidad, Valencia, Ponencia oral.

- BURKHART, G. (líder) (2009); *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents a review of the theory and evidence base of indicated prevention*. Lisboa, EMCDDA.

- EMCDDA (1998): *Guidelines for the evaluation of drug prevention. A manual for programme-planners and evaluators*. Luxemburgo. Office for Official Publications of the European Communities.

- ENERGY CONTROL (2008). *Memoria de actividad*, Asociación Bienestar y Desarrollo.

- ENNETT, S. T., TOBLER, N., RINGWALT, C.L. y FLEWELLING, R. (1994). *How Effective is Drug Abuse Resistance Education? A Meta-Analysis of Project DARE Outcome Evaluations*, American Journal of Public Health, 84, (9).

- ESCOHOTADO, A. (1997). *El Espíritu de la Comedia*, Barcelona, Anagrama.

- (1995): *Aprendiendo de las drogas*. Barcelona, Anagrama

- ESPADA, J.P., ALCAZAR A.I.R. y MÉNDEZ, F.X. (2003). *Eficacia de los Programas de Prevención Escolar de Drogas con Metodología Interactiva*, Salud y Drogas, 3, (002), pp. 61-81.

- FERNÁNDEZ, S., NEBOT, M., y JANÉ, M. (2002). *Evaluación de la Efectividad de los Programas Escolares de Prevención del Consumo de Tabaco, Alcohol y Cannabis: ¿Qué nos dicen los Meta-Análisis?*, Revista Española de Salud Pública, 76, (3), pp. 175-187.

- FERNÁNDEZ, J.R. y SECADES, R. (coordinadores) (2002). *Guía de Referencia para la Evaluación de Programas de Prevención de Ocio Alternativo*, Colegio Oficial de Psicólogos/PNSD, pp. 129-161.

- GARCÍA, J.A. (2010). *Ponencia El papel de la Familia en la Consolidación y Cambio en la Conducta del Joven: Actuaciones al Respeto, Seminario Consumo Intensivo de Alcohol en Jóvenes: conocimiento, alternativas y viabilidad*, Valencia, Ponencia oral.

- HUNT, N. (2003). *A Review of the Evidence-Base for Harm Reduction Approaches to Drug Use*, Londres, Forward Thinking on Drugs.

- INSTITUTO DEUSTO DROGODEPENDENCIAS (2009). *Evaluación del V Plan de Drogodependencias de la Comunidad Autónoma Vasca. 2004-2007. Datos Cuantitativos de Proceso y Alcance*, País Vasco, Instituto Deusto Drogodependencias. Universidad de Deusto. 2009.

- IREFREA (2001). *Decálogo de la Prevención*, Irefrea.

- JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN (2004). *Trabajando con los Procesos: Guía para la Gestión por Procesos*, Junta de Castilla y León.

- KRÖGER, C., WINTER, H. y SHAW, R. (1998). *Guía para la Evaluación de las Intervenciones Preventivas en el Ámbito de las Drogodependencias. Manual para Responsables de Planificación y Evaluación de Programas*, Lisboa, Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías.

- LIGERO, J.A. (2009). *El análisis de contenido de un discurso*. Literatura Gris. Magíster en Evaluación de Programas y Políticas Públicas.

- MARCH, J.C., PRIETO, M. A., DANET, A., RUIZ, A., GARCÍA, N. y RUIZ, P. (2010). *Posicionamiento de Padres y Madres ante el Consumo de Alcohol en Población de 12 a 17 Años en el Ámbito Urbano de Seis Comunidades Autónomas*, Gaceta Sanitaria, 24, (1).

MILLS, C.J. y NOYES, H.L. (1984). *Patterns and Correlates of Initial and Subsequent Drug Use Among Adolescents*, J Consult Clin Psychol, 52, pp. 231 -243.

- MONCADA, S. (1997). *Factores de Riesgo y de Protección en el Consumo de Drogas*, Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación, PNSD, pp. 85-101.

- NEWCOMB, M.D. y BENTLER, P.M. (1998). *The Impact of Family Context, Deviant Attitudes, and Emotional Distress on Adolescent Drug Use: Longitudinal Latent Variable Analysis of Mother and Their Children*, Journal of Research and Personality, 22, pp. 154-176.

- OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y LAS TOXICOMANÍAS, (2009). *Informe anual 2009: El Problema de la Drogodependencia en Europa*, Lisboa, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.

- ORTIZ, D., HURTADO, A., GONZÁLEZ, M.D. y TAPLA, M. (2002). *Programas de Reducción de Riesgos y Daños en el Uso de Drogas Recreativas en la Movida Juvenil (Serv. de Atención a la Movida) S.A.M.*, en: DE ARCE, F. (coordinador) (2002). VII Jornadas Prevención de Drogodependencias, C.Madrid, Ayto Alcorcón y Min. Interior.

- PANTOJA, L. y ABEIJÓN, J.A. (editores) (2003). *Drogas, Sociedad y Ley. Avances en Drogodependencias*, Bilbao, Instituto Deusto Drogodependencias.

- PICHOT, P., LOPEZ-IBOR, J.J. y VALDÉS, M. (2002). *DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Texto Revisado, Barcelona, Masson.

- PNSD (2006). *Cuestionario ESTUDES*, PNSD.

- PNSD (2007). *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España*, PNSD.

- PNSD, (1996). *Los Criterios Básicos de Intervención en los Programas de Prevención de las Drogodependencias*, PNSD.

- ROVIRA, J. (2004). *Revisión de Algunos de los Programas de Reducción de Riesgos Asociados al Consumo de Drogas*, Barcelona, Energy Control.

- RUTTER, M.; GUILLER, H.; HAGELL, A. (2000). *La Conducta antisocial de los jóvenes*. Madrid, Cambridge University Press,

- SERRANO, A., ALVIRA, F., BLANCO, F., ESCOBAR, M., LIGERO, J.A. y SÁENZ, A. *La Investigación Multimétodo*.

- SLOBODA, Z. y DAVID, S.L. (1997). *Principios de la Prevención en Drogodependencias*, NIDA.

- SPRINGER, A.; UHL, A.; *Evaluation research in regard to primary prevention of drug use*. Viena, European Commission Social Scences

- STAKE, R. (2004). *Evaluación Comprensiva y Evaluación Basada en Estándares*. Barcelona, Grao.

- STUFFLEBEAM, D. y SHINKFIELD, A. (1987). *Evaluación Sistemática. Guía Teórica y Práctica*, Madrid, Paidós/MEC.

- TOUMBOUROU, J.W., STOCKWELL, T., NEIGHBORS, C., MARLATT, G.A., STURGE, J. y REHM, J. (2007). *Interventions to Reduce Harm Associated with Adolescent Substance Use*, The Lancet, 369, (9570), pp.1391-1401.

PÁGINAS WEB

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/publicaciones/criteriosBasicos/home.htm> (consulta entre diciembre de 2009 y enero de 2010)

<http://www.ieanet.com/index.php?op=InfoOpinion&idOpinion=22> (consulta en enero de 2010)

http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index78046EN.html?EIB_AREAS=w271&EIB_SETTINGS=w231&order=INSTRUMENT&ordertype=asc (consulta en diciembre de 2009)

<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence/selective-prevention> (consulta en diciembre de 2009)

<http://www.kolokon.com/cas/index.aspx> (consulta entre diciembre de 2009 y enero de 2010)

http://www.uredzadroge.hr/upload/File/Dubrovnik,%20seminar,%20zup/EBP_Intro.ppt#258,1, (consultada en enero de 2010)

http://www.nkd.lt/files/renginiai/reabilitacijos_konferencija_20071018/pranesimai/Jennifer_Hillebrandt_Lithuania_2.ppt (consultada en diciembre de 2009)

http://www.nida.nih.gov/drugpages/prevention_all.html (consultada en noviembre de 2009)

https://preventionplatform.samhsa.gov/Macro/Csap/dss_portal/templates_redesign/module_resources.cfm?sect_id=1&topic_id=5&CFID=2756192&CFTOKEN=67543858 (consultada en noviembre de 2009)

http://documentacion.edex.es/catalogacion_22.asp?mod=&idCat=&radio=and&texto1=&texto2=&texto3=&texto4=&texto5=&lista1=AUTOR&lista2=TIT_TRAB&lista3=EDITOR&lista4=MATERIAS&lista5=DESCRIP&nunListar=10&nListar=0&idioma=0&ordenacion=ENTTitulo&documento=0&textoBusquedalibre=evaluación%20prevencion (consultada en enero de 2010)

http://www.bilbao.net/urbal/evaluacion/3_programa_adi.pdf (consultada en febrero de 2010)

<http://www.ailaket.com> (consultada en febrero de 2010)

<http://www.omaweb.org/sam/> (consultada en febrero de 2010)

www.aclad.net/ www.exeo.info (consultada en febrero de 2010)

www.zonaclave.net (consultada en febrero de 2010)

<http://energycontrol.org/> (consultada entre enero y febrero de 2010)

www.hazkunde.com (consultada en marzo de 2010)

<http://www.alborada.org/> (consultada en marzo de 2010)

www.hegoak.org (consultada en marzo de 2010)

<http://www.somnit.org/> (consultada en diciembre de 2009)

<http://www2.noticiasdealava.com/ediciones/2008/07/20/sociedad/alava/d20ala6.978004.php> (consultada en marzo de 2010)

http://www.alava.net/cs/Satellite?c=DPA_Noticia_FA&cid=1223986118378&language=en&pageid=1193044812371&pagename=DiputacionAlava/DPA_Noticia_FA/DPA_noticia (consultada en febrero de 2009)

<http://www.que.es/alava/200909111542-diputacion-instalara-carpas-fiesta-vendimia.html> (consultada en febrero de 2009)

<http://www.site-b.org/> (consultada en enero de 2010)

www.controlaclub.org (consultada en febrero de 2010)

www.fepad.es (consultada en enero de 2010).