

# **GUÍA REQUALA**

**para investigaciones cualitativas aplicadas al  
ámbito del VIH / Sida y los usos de drogas**

**grup igia**

**Mauricio SEPÚLVEDA**  
coordinador Proyecto

**Miguel DE ANDRÉS**

**Enrique ILUNDAIN**

**Oriol ROMANÍ**

**Barcelona: GRUP IGIA, 2002**

GRUP IGIA  
Enric Granados 116, 1r. 1ª  
08008 Barcelona  
Tel.-Fax: 93 415 25 99  
E-mail: info@igia.org  
Web: <http://www.igia.org>

Financia:  
Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida  
Ministerio de Sanidad y Consumo

Con la colaboración de:

- Comisionado contra la Droga  
Junta de Andalucía
- Direcció General de Drogodependències i Sida  
Generalitat de Catalunya
- Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia

# ÍNDICE

	páginas
Introducción	5
Pasos en el desarrollo del proyecto	6
<b>1.- REFLEXIÓN PRELIMINAR</b>	<b>7</b>
1.1.- ANÁLISIS DE LA DEMANDA	7
1.2.- ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN INICIAL DEL EQUIPO	9
1.3.- TOMA DE DECISIONES	10
<b>2.- DISEÑO DEL PROYECTO</b>	<b>11</b>
2.1.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
2.1.1.- Propósito de la investigación	11
2.1.2.- Construcción del problema de investigación: Justificación de interés del proyecto	14
2.2.- MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL	15
2.3.- PLANTEAMIENTO Y OPERACIONALIZACIÓN DEL PROBLEMA	16
2.4.- FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	17
2.5.- FORMULACIÓN DE OBJETIVOS	21
<b>3.- PLANIFICACIÓN</b>	<b>22</b>
3.1.- TIPO DE DISEÑO	22
Las metodologías de Valoración Rápida	23
Utilidad	23
Características distintivas de la valoración rápida	24
Desarrollo de la respuesta e intervención	26
3.2.- DISEÑO PROCESUAL DE LA INVESTIGACIÓN	26
3.2.1.- <b>Ámbito general</b>	26
Áreas clave de investigación:	
A- Consulta inicial	26
B(1) Valoración del uso de drogas	27
B(2) Valoración de las consecuencias para la salud	28
B(3) Valoración de las conductas de riesgo	31
C(1) Valoración del contexto estructural	33
C(2) Valoración del contexto social y cultural	34
C(3) Valoración de las respuestas actuales y futuras	35
3.2.2.- <b>Acotación del objeto de estudio</b>	37

	páginas
<b>3.3.- DISEÑO MUESTRAL</b>	38
3.3.1.- Estrategias de muestreo	38
3.3.2.- Técnicas de muestreo	40
<b>3.4.- TÉCNICAS CUALITATIVAS PARA RECOGIDA DE INFORMACIÓN</b>	41
<b>3.4.1.- Entrevistas</b>	42
Utilidad	42
Tipos de entrevistas	42
Recomendaciones prácticas	44
<b>3.4.2.- Grupos focales</b>	45
Información de los grupos focales	45
Utilización de los grupos focales	45
La conversación	46
Participantes	46
<b>3.4.3.- Observaciones</b>	47
Uso de las observaciones	47
Técnicas de observación	47
<b>3.5.- CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN</b>	48
<b>Recursos del proyecto</b>	48
<b>Calendario de trabajo</b>	48
<b>Esquema (provisional) del informe final</b>	49
<b>3.6.- PRESUPUESTO</b>	49
<b>3.7.- BIBLIOGRAFÍA</b>	50
<b>4.- REVISIÓN</b>	<b>51</b>
Requisitos que han de estar resueltos al finalizar el diseño de proyecto	51
Esquema básico del diseño de proyecto	51
<b>5.- 10 PRINCIPIOS RECTORES DEL DESARROLLO DE INTERVENCIONES EFICACES EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>52</b>
<b>REFERENCIAS DE INTERÉS</b>	<b>59</b>

## **Introducción**

Al estudiar las drogas, los diversos aspectos relacionados con el consumo y sus consecuencias plantean diferentes tipos de dificultades. Algunas de ellas son comunes al estudio de cualquier fenómeno complejo, otras son específicas. Sin embargo, al abordar este fenómeno existe un amplio consenso respecto a la interacción “drogas-sujetos-contextos”. El acento en uno u otro aspecto de esta tríada dependerá tanto de la perspectiva teórica como de los objetivos que orienten el enfoque.

Del mismo modo, hemos de reconocer que la relación entre los individuos y las sustancias no es un proceso aislado, sino que forma parte de un itinerario compuesto por una serie de actos diferentes y de relaciones estructurales que se modifican y redefinen a medida que se va desarrollando esta relación; y lo mismo ocurre con las percepciones y valoraciones. Por ello, la reconstrucción de esta relación es importante para comprender el fenómeno, pero al mismo tiempo constituye una empresa de alta complejidad.

Si bien es cierto que existe un gran consenso en torno tanto a la complejidad del fenómeno como a las dificultades específicas que plantea su estudio y a las limitaciones de los métodos y técnicas disponibles, desde diferentes enfoques se aconseja el diseño de estudios que articulen diversos métodos y técnicas.

Esta guía ha sido elaborada fundamentalmente para los equipos y programas de primera línea que actúan en el marco de la prevención del VIH/Sida entre usuarios de drogas por vía parenteral. Tal es el marco general que encuadrará nuestros problemas de investigación. Así mismo, el propósito asociado a los diversos proyectos de investigación está directamente vinculado a aunar la toma de decisiones sobre el diseño o rediseño de las estrategias de intervención, considerando para ello los principios básicos de una respuesta eficaz en el campo específico del uso de drogas y sus consecuencias adversas para la salud. Al mismo tiempo se han considerado nuevos desafíos emergentes del campo de intervención.

**El equipo de redacción de GRUP IGIA**  
Barcelona, 2002

## Pasos en el desarrollo del proyecto

En términos generales hemos de tener presente que la investigación cualitativa se plantea, por un lado, que observadores competentes y cualificados pueden informar con “objetividad”, claridad y precisión acerca de sus propias observaciones del mundo social, así como de las experiencias de los demás. Por otro lado, los investigadores nos aproximamos a un sujeto real –de carne y hueso, presente en un mundo que compartimos con él– que puede, en cierta medida, ofrecernos información sobre sus propias experiencias, opiniones, valores; en síntesis, ofrecernos su saber singular. Por medio de un conjunto de técnicas de observación y de análisis estructurado dentro de una metodología, el investigador podrá fundir sus observaciones con las aportadas por otros.

Esta idea central ha impulsado a los investigadores cualitativos a buscar métodos que les permitieran registrar su propias observaciones de una forma adecuada, y permitieran dejar al descubierto los significados que los sujetos dan a sus propias experiencias. Desde esta perspectiva se confía en las expresiones subjetivas, sean escritas o verbales, que hacen referencia a los significados que los propios sujetos de estudio asocian a sus prácticas y experiencias. Así, el investigador cualitativo dispone de una ventana a través de la cual puede adentrarse en el interior de cada situación o sujeto rescatando los puntos de vista de los actores implicados. Sin embargo, es importante señalar que no hay observaciones objetivas, sino sólo observaciones contextualizadas socialmente en los mundos del observador y el observado. Así mismo, no hay un único método a través del cual podamos alcanzar y “conocer” las sutiles y fascinantes variaciones de la experiencia humana. Como consecuencia, los investigadores cualitativos despliegan múltiples y diversos métodos en pro de llegar a hacer más comprensible la realidad estudiada.

Resulta también importante tener presente que, cuando los investigadores cualitativos se sumergen en su práctica, generalmente no siempre siguen un esquema de acción predeterminado, y que cuando tal esquema existe no sólo no es el mismo para todos ellos, sino que también está abierto a continuas modificaciones y replanteamientos, convirtiéndose en un proceso de gran flexibilidad.

Pese a lo anterior, y con una franca intención didáctica, podemos ordenar el modo en que los investigadores cualitativos preparan proyectos de investigación para abordar la realidad particular a estudio, identificando tres momentos en el proceso de elaboración del proyecto. Pero pensemos que estos momentos no deben ser entendidos como un camino rígido o como un proceso lineal. Muy al contrario, este proceso debe ser entendido como un continuo, con una serie de fases que no tienen un principio y un final delimitados, sino que más bien se superponen y mezclan unas con otras, pero siempre con el objeto de responder a las cuestiones planteadas en la investigación. Las tres fases son: **reflexión**, **diseño** y **planificación**. En cada una de ellas debemos reconocer diferentes acciones clave que organizan el proceso y permiten obtener resultados constatables y evaluables.

## 1.- REFLEXIÓN PRELIMINAR

Es importante comprender que esta parte del proceso no sólo se basa en reflexiones “de gabinete”, pues aunque tal espacio pueda ser válido, esta fase exige de los equipos una disposición reflexiva basada fundamentalmente en la acción. Por otra parte, nuestra propuesta de investigación tiene tres características que son clave:

- Es participativa
- Es rápida
- Tiene valor práctico.

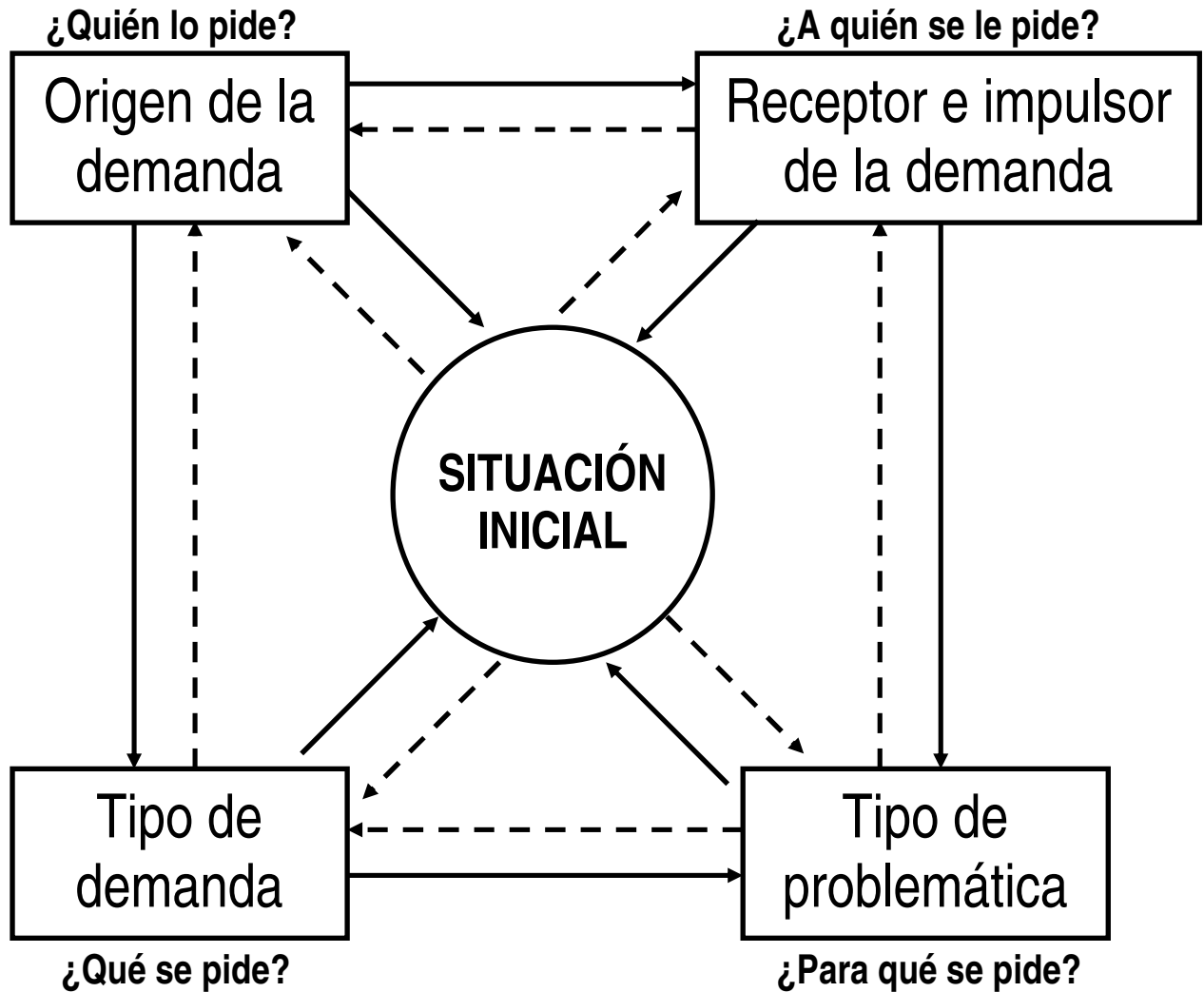
El equipo necesitará disponer de un tiempo y espacio específicos para preparar la investigación, con independencia de las reuniones periódicas que exigirá el proyecto, para diseñar el esquema general del proceso. Sugerimos un itinerario de la reflexión marcado por los siguientes puntos:

### 1.1.- ANÁLISIS DE LA DEMANDA

Frecuentemente en los equipos de trabajo por razones diversas como proximidad, cotidianidad, confianza, cohesión, etc., presuponemos acuerdos y consensos que damos por hecho existentes. De igual modo suponemos que todos estamos manejando la misma información y, más aún, algunas veces llegamos a suponer que todos percibimos las mismas necesidades de mejoras en nuestras prácticas de intervención. Más allá de lo ajustado o no de estas percepciones *es fundamental poner en común entre los miembros del equipo las informaciones básicas respecto al proyecto de investigación*. Un primer punto de esta puesta en común está relacionado con la descripción y análisis de la demanda. En el siguiente esquema se muestran puntos clave a considerar para el análisis de la demanda.

{ Administración  
Equipo  
Redes, etc.

{ Administración  
Equipo  
Redes, etc.



{ Evaluación  
Diagnóstico  
Ampliación / adaptación del servicio  
Problemáticas emergentes, etc.

{ Inyectores/as de drogas  
Población inmigrada  
Población en exclusión social  
Nuevas prácticas de riesgo

(Relación directa: —————> ; relación indirecta: - - - -> )



En el ángulo superior izquierdo se encuentra el **origen de la demanda**. La pregunta básica es: ¿quién solicita nuestra acción? Sabemos que la solicitud puede provenir de diversos lugares, sin embargo lo importante es que el equipo reconozca el origen de la demanda y que al mismo tiempo manifiesten y expresen sus expectativas y dudas respecto al lugar de origen. Así mismo, es importante que el equipo reflexione sobre las ventajas y desventajas asociadas al origen concreto de la demanda.

En el ángulo superior derecho se encuentra el **destino de la demanda**. Aquí es importante que el equipo tenga claras las motivaciones que han posibilitado que la demanda recaiga en ellos. Al mismo tiempo es relevante que el equipo reconozca las ventajas y desventajas asociadas a la situación de ser receptores de la demanda. Finalmente es clave que el equipo visualice la oportunidad de desarrollar esta experiencia; es decir, el equipo ha de comprender exhaustivamente las razones, significados y proyecciones asociados a la demanda.

En el ángulo inferior derecho se encuentra el **tipo de problemática**. La pregunta básica es: ¿para qué se quiere efectuar este proceso de investigación? Aquí es importante definir en común la problemática que se quiere resolver. Así mismo es importante que el equipo discuta sobre la importancia, necesidad, urgencia, relevancia y valor práctico de esta problemática. Dado que este punto debe ser altamente consensuado, el equipo se ha de conceder todo el tiempo necesario para alcanzar un consenso claro: difícilmente se implicará un equipo en una misión si no acepta su importancia y su utilidad práctica. En síntesis, se trata de reflexionar sobre el sentido de la misión y consensuar la relevancia en tanto que la problemática que se quiere resolver es sentida como válida por el equipo.

En el ángulo inferior izquierdo se encuentra el **tipo de demanda**: aquí es importante tener claridad sobre qué tipo de proceso investigador se quiere desarrollar. Sabemos que vamos a desarrollar un proceso de recolección y producción de información, que analizaremos la información y después incorporaremos los resultados en nuestra acción. Sin embargo, es importante reconocer el enfoque principal de la investigación. A continuación describimos tres ejemplos de casos típicos en que el foco de investigación es diverso.

- En un primer caso el enfoque podría estar puesto en conocer y valorar una acción o servicio que el equipo efectúa, como por ejemplo, “valorar la pertinencia (aceptación, importancia, utilidad, etc.) de los talleres de venopunción higiénica desde la perspectiva de los usuarios”: aquí el enfoque es de *evaluación*.
- En un segundo caso el enfoque de investigación podría estar puesto en la identificación de necesidades y demandas presentes en la comunidad o población diana con la que se va a trabajar, como base para elaborar propuestas de servicios o actividades. Aquí el enfoque será de *diagnóstico*.
- Un tercer caso podría estar relacionado con la necesidad de generar nuevos conocimientos sobre la población y el contexto de trabajo, explorando e indagando para ello en un número acotado de aspectos, tanto de la subjetividad (las creencias, representaciones, etc.) como de las prácticas de la población específica con la intención de establecer relaciones entre estos aspectos que nos permitan comprender mejor los comportamientos actuales. En este caso, el

enfoque está en directa relación con la *producción de información* y con la *generación de conocimiento para la acción*.

Estos cuatro aspectos del análisis de la demanda constituyen un eje central para la definición de la situación inicial. Las líneas que comunican a cada uno de estos aspectos son continuas y segmentadas. Continuas, porque señalan una lógica de concatenación para el análisis; y segmentadas, para señalar el dinamismo no lineal y la flexibilidad que habrá que tener para su análisis. Así mismo, el que sean segmentadas implica la negociabilidad de relaciones entre los cuatro componentes.

## **1.2.- ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN INICIAL DEL EQUIPO**

Otra etapa importante y clave en la fase de preparación corresponde a la valoración que el equipo debe realizar del grado de correspondencia entre la demanda y la capacidad actual del equipo. Dicho de otro modo: se trata de valorar la relación entre la demanda y los recursos existentes y disponibles en el equipo (recursos humanos y materiales), con el propósito de estimar la viabilidad del proyecto de investigación. Esta fase es clave para identificar, reconocer y valorar el capital técnico y simbólico que el equipo posee, y también para reconocer sus limitaciones y necesidades específicas.

Por otro lado la valoración de la relación existente entre demanda y capacidades del equipo *no debe ser considerada* como una situación definitiva y exclusiva a partir de la cual tomar la decisión sobre si llevar adelante, o no, el proyecto. Muy al contrario, este momento reflexivo debe permitir:

- Reconocimiento de las habilidades y aptitudes de los recursos humanos que constituyen el capital simbólico del equipo
- Identificación de las necesidades técnicas presentes en el equipo
- Reconocimiento de las limitaciones ambientales y estructurales para el desarrollo de la investigación
- Negociación de la demanda inicial
- Ajuste de las expectativas
- Resolución de otras cuestiones preliminares pendientes.

Es importante que en esta fase se tome conciencia tanto de la importancia del proyecto como del trabajo eventual que significará su ejecución, así como de los beneficios que se obtendrían tras su implementación. *No debemos olvidar que partimos de la premisa de que se trata de aprender en la acción; o dicho de otro modo, se trata de aprender aprendiendo.*

### 1.3.- TOMA DE DECISIONES

Una vez que hemos analizado con profundidad la demanda y realizado una valoración de la situación inicial del equipo, este llevará a cabo un proceso de discusión orientado a la toma de decisiones sobre la ejecución del proyecto de investigación, valiéndose de la información obtenida. Los resultados de la reflexión y discusión del equipo permitirán identificar los argumentos y criterios a partir de los cuales se decidirá la acción a realizar.

#### **Cuestiones útiles para la toma de decisiones:**

- ¿Cuáles son las características clave de la demanda?
- ¿... y cuáles sus implicaciones prácticas?
- ¿Cuáles son los recursos y acciones que se requieren para su implementación?

*Sobre el equilibrio entre demanda y recursos existentes / disponibles:*

- ¿Cuál es la viabilidad de llevar a cabo con éxito el proyecto de investigación?

El equipo impulsor debe tomar una decisión basada por un lado en criterios derivados de la demanda y, por otro, en la viabilidad y factibilidad de lo proyectado. Para la apreciación de la demanda deben tenerse en cuenta: el origen de la demanda; el receptor de la demanda; el tipo de demanda; la problemática que se quiere abordar mediante la demanda (ver Apartado 1.1 y su cuadro); y las ganancias e impactos asociados al cumplimiento de la demanda.

En lo que se refiere a *viabilidad y factibilidad*, tendremos en cuenta:

- Capacidad institucional
- Conocimientos y aptitudes presentes en el equipo
- Bienes y servicios disponibles
- Personal disponible
- Financiación disponible.

Una vez que se ha tomado una decisión esta debe ser discutida amplia y profundamente por el equipo hasta lograr su máximo consenso. Si insistimos en la importancia de reflexionar y consensuar es porque entendemos que varias alternativas son posibles para encarar una situación problema. Lo esencial es tomar una opción fundada en argumentos precisos y discutidos en equipo, y consensuados por todos su integrantes. Finalmente, señalar que el debate sobre las competencias y capacidades del equipo y la utilización de los recursos humanos y financieros ayuda a delimitar las ambiciones.

## **2.- DISEÑO DEL PROYECTO**

El diseño de la investigación es la manera en que el estudio empírico particular es planificado y ejecutado. Incluye el enfoque metodológico, la combinación particular de técnicas y los medios humanos, materiales y económicos a emplear. El proyecto de investigación se hace efectivo en función de tres elementos clave:

- Objetivos de investigación
- Recursos o medios materiales, económicos y humanos de que disponga el equipo para hacer viable el estudio
- Tiempo concedido para su realización.

La conjunción de estos elementos determinará el alcance y desarrollo de la investigación, por su incidencia directa sobre el diseño.

### **2.1.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

En nuestros ejercicios profesionales, con frecuencia surgen preguntas acerca de la efectividad de tales actividades en la solución o alivio de los problemas que afectan a la población afectada. También se nos plantean cuestiones relativas a las directrices que guían nuestro trabajo respecto a las características de la población diana, sus comportamientos ante los problemas que le afectan, y los factores que pueden encontrarse asociados al mantenimiento o cambio de dichas conductas. Así mismo, en nuestra práctica profesional se utilizan nociones y conceptos que probablemente han dejado de ser funcionales, y que posiblemente requieren una revisión ante la realidad cambiante y emergente que contextualiza nuestra práctica. Estos interrogantes pueden motivarnos a decidir sobre la necesidad de una investigación. La fuente originaria de la idea puede ser muy heterogénea. A veces es la propia entidad o institución que financia la investigación quien propone el problema o tema de investigación. En otras ocasiones, es el azar quien suscita la idea: una conversación, una lectura o la observación directa de un acontecimiento o conducta, etc.

Más allá de la diversidad de situaciones que enmarcan el origen del problema a investigar, *proponemos como marco general el campo de la intervención preventiva del VIH y Sida con poblaciones altamente vulnerables, como son los usuarios de drogas por vía parenteral, y específicamente aquellas problemáticas referidas a nuevos escenarios y fenómenos emergentes.*

#### **2.1.1.- PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN**

En el análisis de las características de un problema para su investigación existen algunos aspectos iniciales que deben identificarse para decidir acerca de la forma en que debe orientarse el estudio. En primer lugar es posible que no exista información suficiente sobre las características del problema, su extensión, o a quiénes afecta. En tales circunstancias, el equipo investigador se orienta hacia la obtención de información que le permita llenar tales vacíos de información y conocimiento; es decir, intenta describir el problema. En segundo lugar, los programas de intervención en el campo de la prevención del VIH/Sida con UDVP se orientan a modificar una situación inicial que se considera va en detrimento de las condiciones de salud de la población; es decir, es un esfuerzo dirigido a crear un efecto o a lograr ciertos

resultados e impactos entre la población destinataria. Así pues, también podemos considerar la orientación del estudio como un medio para determinar la existencia de una relación causa-efecto, y explicar los factores que se encuentran en tal relación (programa-beneficios) como meta de la investigación.

En general, los propósitos de una investigación se distribuyen a lo largo de un espectro de creciente complejidad. Este cuadro da una imagen sucinta de ello:

**Observación:**

El propósito del estudio es simplemente conocer los atributos del fenómeno.

**Descripción:**

En función de las observaciones, se identifican y describen las características presentes en el fenómeno.

**Explicación:**

El estudio trata de conocer la existencia de relaciones entre factores observados y descritos en la investigación de un fenómeno, y explicar, en función de los conocimientos actuales, las razones de tal comportamiento.

**Predicción:**

Como producto de la observación y de la descripción de un fenómeno, y en función de la explicación de la dinámica propuesta, hay posibilidades de predecir la misma conducta cuando están presentes los mismos factores de un fenómeno.

Dependiendo del propósito de la investigación, el equipo responsable de llevarla adelante podrá seleccionar la orientación general del estudio. En el cuadro siguiente se ejemplifican propósitos y orientaciones básicas de estudio con preguntas-tipo:

**Observación:**

¿Cuáles son las tendencias de uso de drogas endovenosas entre población inmigrante de América Latina que actualmente reside en el barrio de La Mina?

**Descripción:**

¿Qué tipo de conductas de riesgo sexual y por inyección asume la población UDVP inmigrante de América Latina que actualmente reside en el barrio de La Mina?

**Explicación:**

¿Qué factores ambientales están exacerbando las consecuencias adversas para la salud asociadas al UDVP en la población inmigrante de América Latina que actualmente reside en el barrio de La Mina?

**Predicción:**

¿Las condiciones socioeconómicas y los hábitos culturales asociados a la higiene general y a la sexual influirán de un modo "X" sobre la adquisición de enfermedades de transmisión entre esta población?

Idealmente, la investigación es un proceso cíclico; es decir, no se ha de entender como un proceso con un inicio y un final, sino que constituye un proceso continuo que se ha de seguir de nuevas investigaciones, dado que la realidad es dinámica y cambiante y que los hallazgos y resultados de las investigaciones no son explicaciones absolutas sino descripciones e interpretaciones plausibles sobre la realidad provisional investigada. La finalidad del proyecto está relacionada con los diferentes estadios en un ciclo de investigación:



### Algunas clasificaciones de tipos de investigación

Por su <b>finalidad</b>	Básica Aplicada
Por su <b>profundidad</b>	Descriptiva Analítica
Por su <b>carácter epistemológico</b>	Cualitativa Cuantitativa Mixta
Por sus <b>modos de indagación</b>	Documental Empírica Experimental Doctrinal
Por su <b>marco de acción</b>	De campo De laboratorio Bibliográfica / documental
Por sus <b>alcances</b>	Estudio piloto Informe previo Sondeo Estudio de caso Estado de la cuestión Experimento Evaluación Revisión crítica      etc.

## **2.1.2.- CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN: JUSTIFICACIÓN DE INTERÉS DEL PROYECTO**

Llamamos *construcción* del problema al proceso que comprende la *identificación* y *validación social* del problema. Lo primero que debe preguntarse el equipo investigador, al esbozar el problema de investigación o al recibir una demanda, es: ¿para quién es un problema, el supuesto problema? En este proceso el equipo debe observar con claridad si lo que se está identificando como problema, lo es también para quienes están aparentemente ‘afectados’ por él, o bien si esa población lo considera una parte normalizada de su vida cotidiana. No siempre hay coincidencia, aunque hoy en día, por diferentes razones, y entre ellas la importancia de los *mass media*, es frecuente que la población perciba como problema que le afecta una situación no identificada por los técnicos como un factor negativo para el nivel de bienestar o salud de la población. Además, al tiempo de verificar la percepción del problema por parte de la población afectada, se estará sensibilizando a la comunidad en torno al problema que previamente ha definido el equipo investigador. Es en este sentido que hablamos de *validación* del problema.

Decimos que es frecuente esta coincidencia, para destacar al tiempo el hecho de que no siempre existe esta confluencia. Habrá situaciones en las que tanto la percepción como la valoración de la importancia, magnitud y gravedad de un problema no es percibida de igual modo entre el equipo técnico y la ‘comunidad’ en la cual se quiere investigar. Aclarar que aquí estamos entendiendo, de forma amplia, por *comunidad* al conjunto de actores implicados en una situación específica, incluyendo a la población tanto directa como indirectamente afectada.

No cabe duda que la implicación de los equipos de primera línea en la situación real garantiza hasta cierto punto la percepción de ‘situaciones problema’ próximas o francamente sentidas por la población; sin embargo, insistimos en la importancia de verificar y validar esta información. Tanto la observación en terreno como las conversaciones con informantes clave, conocedores de la situación local de la comunidad, serán fuentes importantes para la construcción del problema. Así mismo será necesario complementar esta información ‘de primera mano’ con el examen de documentos y registros existentes. Por ejemplo: “registros de atenciones por sobredosis”, “análisis de dispensación de materiales de inyección”, etc.

Es probable que el equipo, al llevar a cabo este examen de la información, descubra más de un problema percibido, por lo que deberá recurrir a una estrategia que permita tomar una decisión acerca de cuál conviene priorizar. Y es importante que en la determinación de prioridades exista participación de la comunidad. Sin embargo, quizá el equipo ya tiene predefinida la problemática a abordar, por lo que se trataría en rigor de argumentar su relevancia y validar y legitimar la importancia de la realización del proyecto de cara a la comunidad. En síntesis, se tratará de:

- identificar situaciones problemáticas;
- no dar por válidas explicaciones conciliadoras y, como reza el conocido lema de la investigación cualitativa, “hacer extraño lo cotidiano”: es decir, releer lo que nos parece obvio;
- descubrir que existen interpretaciones no coincidentes con la mayoritaria;
- cuestionar la validez de las actuaciones supuestamente ‘innovadoras’;
- examinar aquellos procesos que conducen a fines defendibles;

- y examinar, especialmente, los fines que activan estrategias entre la población.

Se sugiere defender la prioridad basándose en tres factores:

- **Extensión del problema:** Lógicamente se debe conceder mayor importancia al problema que sea el más extendido, el que afecte a más personas y que puede ser reconocido como más prevalente entre la población. Mientras mayor sea el número de quienes reconocen este problema, mayor apoyo habrá para la realización de un estudio que tienda a darle una solución.
- **Gravedad del problema:** Si bien es cierto que un problema puede tener mucho mayor extensión en vista de la cantidad de población afectada, también es cierto que existen diferencias en el grado en que la población puede verse afectada por otro problema. Aun en el caso de que dos problemas aparentemente puedan tener la misma extensión –esto es, la cantidad de individuos que se ven afectados por tales problemas–, puede que uno de ellos revista consecuencias mucho más serias para quienes se ven afectados, a pesar de que numéricamente no sea el más importante.
- **Alternativas para solucionar un problema:** Incluso aunque entre los problemas identificados como prioritarios por su extensión o gravedad, el equipo de investigación haya establecido ya cierta escala de prioridades que le ayudarán en su decisión, todavía falta considerar si tiene algún valor el realizar el estudio, si las alternativas para solucionar el problema existen, o no están al alcance de la organización. En tal caso, la realización del estudio no sólo será una actividad sin objeto, sino que además creará entre la población una preocupación innecesaria por un problema sin opciones visibles de solución, y posiblemente temor, descontento, inquietud, o frustración de expectativas, que no serán medios positivos de ayuda a la comunidad.

Basándonos en la experiencia y en los planteamientos contenidos en la “Guía para la valoración y respuesta rápida sobre el uso de drogas endovenosas (UDE-VRR)” de la O.M.S., proponemos como estrategia central para garantizar la validación y legitimación del problema identificado por el equipo de investigación y para adjuntar otras informaciones relevantes, la realización de una *Consulta Inicial*. Ampliamos la descripción de este proceso en el apartado **3.2.1** (pp. 27ss.).

## **2.2.- MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL**

Ahora hemos de explicar desde qué enfoque observaremos los fenómenos que nos ocupan: para esto tendremos que acudir a las teorías existentes (en ciencias humanas, sociales, de la salud, etc.), que nos proporcionarán formas de ‘filtrar’ la realidad observada de forma que nos centremos en el análisis de cuestiones concretas como *claves* del problema concreto; cada teoría propone conceptos analíticos centrales a través de los cuales estructuran sus métodos de investigación y análisis. De este modo, la elección de una teoría, o combinación de ellas, nos dará un enfoque concreto que nos señalará qué hemos de observar y analizar, teniendo en todo momento presentes las limitaciones (tiempo, espacio, recursos y capacidades) que nos impedirán investigar *todos* los aspectos de esa realidad.



Además, será necesario argumentar por qué esa teoría, o combinación de teorías, y no otra, nos parece la más adecuada para la investigación concreta que pretendemos, en función del *tema* y la *finalidad* que hemos definido previamente como objetos de la investigación.

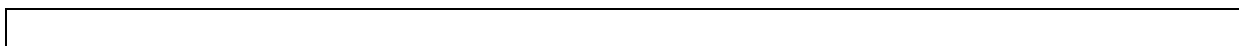
### **2.3.- PLANTEAMIENTO Y OPERACIONALIZACIÓN DEL PROBLEMA**

El planteamiento del problema requiere definir claramente los propósitos y los límites de una investigación. Así mismo requiere que el equipo de investigación describa, con la mayor claridad posible, la identificación del problema, la población que se considera afectada y los factores o ámbitos que se estudiarán en la investigación. El primer paso en esta tarea es aclarar los conceptos que guían al equipo de investigación en la identificación y formulación del problema, de los factores o ámbitos que se incorporarán en la investigación, y los individuos a quienes afecta. Consideremos por ejemplo la noción de ‘nuevos escenarios’: ¿qué es un nuevo escenario? ¿Cómo distinguimos un nuevo escenario de un escenario ‘no-nuevo’? ¿‘Escenarios’ se refiere a nuevos territorios y/o nuevas prácticas de uso? Estas nuevas prácticas, ¿son nuevas prácticas porque se introducen nuevas sustancias o porque se introducen modificaciones en las pautas de uso de una misma sustancia?

El planteamiento del problema ha de responder a un conjunto lo más exhaustivo posible de interrogantes que lo pongan a prueba. De no superarse eficazmente esta prueba, el equipo del proyecto encontrará dificultades posteriormente si no se definieron con claridad los conceptos utilizados en la formulación del problema. El momento de definir con claridad los conceptos se conoce comúnmente con el nombre de *operacionalización del problema*.

Una vez definido el propósito, identificado el problema y realizada la validación del mismo, procede su concreción, su operacionalización, tanto en su vertiente teórica-analítica (principales conceptos, categorías analíticas y variables a analizar) como poblacional (qué población se estudiará, qué diseño muestral se utilizará). La operacionalización nos proporcionará claridad conceptual, pero también pondrá límites al estudio. El investigador habrá de establecer límites –que podrán ser territoriales, sociales o políticos– para la población que participará en el mismo, y en la posibilidad de extrapolar los resultados.

En síntesis, una formulación apropiada del problema de investigación debe indicar cuál es propósito del estudio, quienes serán los participantes, donde se llevará a cabo dicho estudio, y qué conocimientos se espera obtener a su término. Un investigador cuidadoso podría redactar claramente la formulación de su problema de estudio en media página. Conviene recomendar especialmente la inclusión de definiciones operacionales en tal formulación, sobre todo si el investigador utiliza términos que no son de uso común, o cuando tales términos tengan una connotación especial para los propósitos del estudio. En el recuadro siguiente exponemos un ejemplo aplicado al campo de la salud reproductiva.



La investigación pretende conocer las actitudes, creencias y patrones de conducta que acompañan a ciertos métodos para la detección temprana de cáncer en mujeres cuyas edades fluctúan entre los 21 y los 49 años de edad en la ciudad de Barcelona, con el objeto de planear e implementar actividades educativas que permitan vencer barreras de resistencia de la población en la participación en programas de detección temprana del cáncer entre mujeres.

**Participantes:** Se entrevistará a 300 mujeres cuyas edades fluctúan entre 21 y 49 años, en cinco barrios urbanos.

**Dónde se llevará a cabo el estudio:** Los barrios seleccionados corresponden predominantemente a personas de los estratos socioeconómicos bajo, medio-bajo, medio, de acuerdo con índices de clasificación ajustados para la ciudad.

**Conocimiento que se espera obtener y uso:** La información obtenida será utilizada para planear, diseñar e implementar programas y actividades educativas y de difusión que apoyen los servicios que proporcionan las clínicas de detección de cáncer, y que modifiquen actitudes negativas en la población hacia los procedimientos de detección de la enfermedad.

**Definiciones operacionales:** Detección temprana del cáncer; barreras de resistencia en la participación; estrato socioeconómico bajo; estrato socioeconómico medio-bajo; estrato socioeconómico medio; actitudes negativas hacia los procedimientos de detección.

## **2.4.- FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

La hipótesis se define como un concepto, idea o proposición que se acepta como verdadera, con el propósito de investigar sus fundamentos, y de esta manera, concluir acerca de su validez. En otras palabras, una hipótesis es una proposición que será comprobada por medio de la investigación. La hipótesis es una afirmación tentativa, más que definitiva, y debe ser formulada de tal manera que puede ser potencialmente aceptada o rechazada por medio de nuestros hallazgos.

Una de las funciones más importantes de las hipótesis es guiar nuestro proceso de investigación. La formulación de las hipótesis contribuye a la definición operacional de los tipos de datos que deben obtenerse, la organización de los mismos para su análisis, y la obtención de conclusiones derivadas de la investigación.

En este sentido, las hipótesis se construyen a partir de las preguntas básicas que consideramos debe responder nuestra investigación. También constituyen la base de una apuesta sobre el resultado de la investigación: implica hacer una suposición previa de las conclusiones, que al término de nuestra indagación quedará confirmada, descartada, matizada o modificada.

Para considerar apropiada una hipótesis se requieren varias condiciones:

- Una hipótesis ha de ser, en la medida de lo posible, *clara, válida y concisa*. Si la hipótesis y sus términos son complejos o difíciles de entender, deberemos plantearnos si es necesario:

- desglosar la hipótesis en dos o más hipótesis, haciendo que una sea la principal, y la/s otra/s secundarias;
- añadir un subapartado para la aclaración de las hipótesis o de los términos que contienen;
- reformular y/o simplificar los enunciados.
- Se formula como un *enunciado* (taxativo) o proposición lógica, *no* como una interrogación.
- Sus componentes son: *unidades de observación*, *variables* y componentes lógicos de *unión*, *atribución* y *relación*.
- La hipótesis *no* debe contener juicios de valor.
- Sus contenidos han de ser verificables de forma empírica, lógica y científica.

Los siguientes cuadros exponen los principales tipos de hipótesis, y ejemplos:

<b>TIPOS DE HIPÓTESIS</b>	<b>CLASIFICACIONES</b>
por su <b>naturaleza</b>	De sentido común; científicas (empíricas o teóricas)
por su <b>estructura</b>	De una variable; de dos o más variables (en asociación / en dependencia)
por su <b>forma lógica</b>	Simple (atributivas y relacionales); compuestas (copulativas / en dependencia)
por su <b>grado de generalidad / especificidad</b>	Universales; generales; específicas
por su <b>función</b>	Principales; subhipótesis; hipótesis auxiliares (validez / generalización).

## EJEMPLOS DE HIPÓTESIS

### de sentido común:

La enfermedad conlleva trastornos en la vida social de las personas

### científicas:

- Una dieta con baja proporción proteica contribuye a una mayor esperanza de vida (teórica)
- Una dieta con 10% proteínas, en varones entre 15-65 años, aumenta su esperanza de vida en al menos 2 años de vida (práctica)

### metafísica:

La función del ser humano en el mundo es poner orden en la naturaleza

### una variable:

La presencia de tabaquismo genera mayor incidencia de cánceres de tracto respiratorio

### dos o más variables:

La incidencia de cánceres de tracto respiratorio aumenta entre quienes fuman, no hacen ejercicio y están sobreexposados a contaminaciones de origen industrial

### atributiva:

Las personas de piel blanca contraen melanoma en mayor medida que las de pieles oscuras

### relacional:

El consumo de drogas por vía i.v. conlleva un riesgo mayor de contraer hepatitis séricas

### copulativa:

Un nivel bajo de escolarización produce mala socialización, y la mala socialización es un factor que facilita la aparición temprana de conductas antisociales

### alternativa:

El Sida se puede contraer por vía hemática y/o por contacto sexual

### disyuntiva:

La depresión mayor puede aparecer por un trastorno orgánico permanente o transitorio

### condicional:

Si se realiza una educación sanitaria completa, mejora la calidad de vida del diabético

### universal:

Los seres humanos pierden sus defensas naturales a medida que avanza el progreso

### específica:

La industrialización de la comarca X implicó una reducción de la morbilidad infecciosa junto con un aumento de la morbilidad cardiovascular y la accidentalidad laboral

principal: Los inmigrantes ilegales registran peores niveles de salud que los ciudadanos legales

subhipótesis: Entre población inmigrada ilegal hay mayores tasas de mortalidad y morbilidad

h. auxiliar: Los hijos de inmigrantes ilegales registran tasas mayores de mortalidad al nacer

Las hipótesis se pueden establecer de diversas maneras:

- sobre una base de experiencias empíricas, preferiblemente contrastadas;
- a partir de la revisión de literatura sobre el tema;
- consultando a personas competentes y/o interesadas en el mismo tema;
- a partir de informaciones de sondeo previo a personas del grupo a estudiar;
- etcétera.

Para verificar la claridad de las hipótesis podemos someterlas a la lectura por parte de otros técnicos o equipos de intervención, y verificar si hay comprensión acerca de su contenido. De no ser así, además, es de gran utilidad contrastar las hipótesis por medio de los siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es el área de estudio en la hipótesis?
- ¿Cuáles son los factores que se incluyen?
- ¿Quién o quiénes participarán en el estudio?
- ¿Qué enfoques se usan para analizar el resultado?

### Ejemplo

***Hipótesis:***

*La disponibilidad y acceso a equipos de inyección en zonas de venta y consumo de drogas reduce el número de ocasiones en que los consumidores comparten materiales de inyección.*

Esta hipótesis puede ser puesta a prueba por medio de un estudio que permita verificar las dos afirmaciones que contiene:

- a) La disponibilidad y acceso a equipos de inyección reduce el número de ocasiones en que se comparten materiales de inyección; y su contraria:
- b) la *no* disponibilidad y acceso a equipos de inyección *incrementa* el número de ocasiones en que se comparten materiales de inyección.

Finalmente señalar que en algunos niveles de investigación, y especialmente en áreas que se consideran poco exploradas, es posible que las hipótesis sean innecesarias, o que el equipo, desconociendo los posibles factores que pueden incidir en un problema, no esté en condiciones de formular hipótesis que puedan guiar el estudio. La hipótesis en tales casos se encontrará subyacente en los citados interrogantes que son también útiles para poner a prueba la solidez de una hipótesis.

## 2.5.- FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

Establecidas las hipótesis, deberemos explicar cuáles son los fines concretos de nuestro proyecto; en función de la *finalidad general* (ver p. 14) de conocer, intervenir o evaluar, tendremos unos propósitos de investigación específicos. Un objetivo se concibe como una enunciado que empieza por un verbo en forma de infinitivo, y podremos elegir entre una gran variedad: *conocer, definir, establecer, determinar, identificar, delimitar, promover, fomentar, mejorar, proporcionar; evaluar, valorar, cuantificar, proponer, interpretar, explicar, etc.*

Los *objetivos generales* establecerán a grandes rasgos las acciones a emprender, relacionadas con la finalidad general del proyecto. Los *objetivos específicos* definirán acciones sobre aspectos y fines concretos del proyecto; deben contener criterios definidos con los que evaluar los resultados de investigación (*indicadores de resultados*). En el recuadro siguiente mostramos un ejemplo en el que se han construido objetivos generales y específicos para un proyecto de evaluación.

### Ejemplos

#### Objetivo general:

Definir analíticamente la relación entre el impacto de proyectos de ONGs con la mortalidad infantil, en poblaciones de repatriados guatemaltecos del región del Ixcán.

#### Objetivos específicos:

- Elaborar los antecedentes históricos de las poblaciones de repatriados.
- Describir la historia de la incorporación de proyectos de ONGs en la región desde los años setenta.
- Evaluar la funcionalidad de las políticas sociales del Gobierno en la región, y la participación de los proyectos de ONGs en dichas políticas.
- Evaluar históricamente los procesos de negociación de proyectos de salud materno-infantil de las ONGs con las comunidades, durante el periodo de referencia.
- Determinar los indicadores de salud materno-infantil, y su evolución durante dicho periodo.

Etc.

### 3.- PLANIFICACIÓN

El diseño de investigación, más allá de sus connotaciones 'técnicas' y 'científicas', que generalmente lo cargan de un halo de extrema complejidad, debe ser entendido para nuestros fines en su acepción mas amplia, desde la cual se entiende como un proceso de *planificación* de actividades que deben llevarse a cabo para solucionar los problemas o contestar a las preguntas planteadas tanto al inicio como durante el proceso de nuestra investigación. Desde esta perspectiva, el diseño de investigación se convierte en un puente entre la situación inicial y la resolución de las preguntas formuladas. Por ello, corresponde planificar: es decir, se ha de establecer un plan global de la investigación que integre de modo coherente y correcto, las técnicas para recogida de datos y de análisis a utilizar, y los parámetros con que poder evaluar los resultados del proceso y el proceso mismo.

Por diferentes y múltiples razones es conveniente destinar el tiempo necesario a estudiar y analizar cuidadosamente las actividades que será necesario realizar a fin de que el estudio sea relevante, adecuado a las necesidades técnicas y administrativas de la institución, y al mismo tiempo que pueda realizarse dentro de un marco apropiado de confiabilidad de los resultados.

El tiempo y esfuerzo que destinar a la realización del estudio son consideraciones esenciales en el diseño del plan. Tanto el responsable del estudio como el equipo deben ser conscientes de la responsabilidad que representa su inversión de tiempo y esfuerzo para el logro de un buen estudio. Un buen proyecto no puede desarrollarse a pasos forzados, y existen restricciones técnicas y metodológicas que harán necesaria la planificación y distribución del tiempo destinado al estudio. En este sentido, un estudio bien planeado podrá utilizar en forma óptima el tiempo y el esfuerzo destinados a tal propósito.

Por otro lado, habrá que considerar que la forma en que se utilizarán los resultados es una gran responsabilidad para los participantes en el estudio. Un estudio que presenta información adecuada y fidedigna es útil para plantear e implementar programas y estrategias de acción que, directa o indirectamente, implicarán beneficios para la población diana: ya sea porque se obtendrán mejoras en la accesibilidad del servicio, porque mejoren el proceso de planificación, o porque mejoren la eficacia e impactos deseados para las intervenciones.

#### 3.1.- TIPO DE DISEÑO

Conviene, llegados a este punto, elegir el tipo de diseño que resulte más adecuado a la formación, experiencia y opción ético-política del equipo. El diseño que aquí proponemos para llevar adelante los proyectos de investigación se basa en las metodologías de rápido acceso, conocidas como RAR o RAP<sup>1</sup>, ampliamente desarrolladas en el campo de la salud y particularmente en el campo específico del VIH/Sida, comportamiento sexual y usos de sustancias.

En este marco propondremos algunos ejes de investigación para estructurar la arquitectura básica sobre la que montar el desarrollo de la investigación. Los

---

<sup>1</sup> RAP = *Rapid Assessment Procedure* (Procedimiento de Valoración Rápida)

RAR = *Rapid Assessment & Response* (Valoración y Respuesta Rápidas).

campos que proponemos, basados en la experiencia del RAR, han de considerarse como ámbitos generales de actuación, que implican una labor de investigación extensa, sistemática y profunda. Deben por tanto ser adaptados tanto a los contextos específicos en que se llevará a cabo el proyecto como a las características específicas del problema de investigación y de los focos de interés. Sin embargo son ejes fundamentales que, adaptados o no, garantizan una mirada holística al fenómeno estudiado. Así mismo, pueden ser utilizados total o parcialmente por los equipos de investigación, que igualmente pueden establecer combinaciones creativas entre ellos y órdenes de prioridades diferentes con toda libertad.

## **LAS METODOLOGÍAS DE VALORACIÓN RÁPIDA<sup>2</sup>**

Antes de continuar, recordemos que nuestra guía metodológica se basa principalmente en los aportes obtenidos del uso de métodos de valoración rápida. Los antecedentes de la valoración rápida se encuentran en la antropología aplicada, la sociología, la epidemiología y los métodos para la evaluación de investigaciones.

### **Utilidad**

En términos prácticos las metodologías de valoración rápida se utilizan para ayudar a tomar decisiones sobre la aplicación de intervenciones adecuadas en el campo de los llamados problemas socio-sanitarios. Estas valoraciones pueden determinar la idoneidad, los obstáculos y la viabilidad de una intervención propuesta. Son un medio para determinar la extensión y naturaleza de los problemas sociales y sanitarios asociados al consumo de drogas y para sugerir acciones orientadas a reducir sus consecuencias adversas. A menudo facilitan la creación de un entorno favorable para desarrollar acciones o programas de intervención socio-sanitaria. Parten del supuesto de que antes de, y durante la intervención es esencial:

- Comprender la naturaleza de los problemas de drogas y los factores que influyen en ellos
- Comprender las consecuencias adversas en salud y los factores que influyen en éstas
- Identificar los recursos que están o podrían estar disponibles para responder a los problemas de las drogas
- Definir las intervenciones que sean adecuadas social, cultural, religiosa, política y económicamente.

En consecuencia, las valoraciones rápidas serán una parte explícita de la planificación y desarrollo de las intervenciones en tanto permiten identificar intervenciones que son necesarias, adecuadas, viables y rentables. Por ello, su desarrollo metodológico engloba tanto la valoración del problema (a veces llamada valoración de las necesidades) y una valoración de los recursos disponibles o necesarios para enfrentar el problema (a veces llamada valoración de los recursos):

- *Valoración de las necesidades* es la valoración sistemática del tipo, profundidad y ámbito de problema.

---

<sup>2</sup> Este apartado consiste en una selección y resumen de aspectos clave contenidos en la "Guía para la Valoración y Respuesta Rápida sobre el Uso de Drogas Endovenosas (UDE-VRR)" de la Organización Mundial de la Salud. Para mayor información, consultar directamente.



- *Valoración de recursos* es la valoración sistemática de la respuesta (fondos, personas, instalaciones físicas, conocimiento, etc.) que está disponible o que se requiere para aliviar el problema.

En ambos niveles, la valoración rápida incluye la *participación social* como eje estratégico de la sostenibilidad y pertinencia de su implementación.

### **Características distintivas de la valoración rápida**

Las valoraciones rápidas se diferencian de otras investigaciones sociológicas en:

- **RAPIDEZ.** El tiempo es esencial cuando se trata de enfrentar de manera rápida los problemas sociales y de salud que se están dando. La difusión de nuevos patrones de uso de sustancias y los problemas relacionados pueden ocurrir más rápidamente que el tiempo que se necesita para llevar a cabo una investigación convencional de las ciencias sociales.
- **RENTABILIDAD.** Utiliza habilidades de investigación que producen gran cantidad de información. Optimiza el trabajo y evita técnicas que requieren mucho tiempo.
- **IMPORTANCIA PRÁCTICA PARA LAS INTERVENCIONES.** Las evaluaciones rápidas se realizan para ayudar a tomar decisiones sobre la necesidad, viabilidad y relevancia de las intervenciones. Las evaluaciones rápidas *no* son un fin en sí mismas. La utilidad y éxito de las evaluaciones rápidas locales deben ser juzgadas por su adecuación a la toma de decisiones, y no por su rigor científico.
- **FORTALECIMIENTO DE LAS RESPUESTAS LOCALES.** Las evaluaciones rápidas pueden ayudar a identificar e involucrar a grupos locales en el desarrollo de las intervenciones. Las evaluaciones rápidas deben estimular la participación activa de personas clave en la comunidad local, que puedan ayudar a aumentar la relevancia práctica y la aplicabilidad de la evaluación. Probablemente el impacto de las evaluaciones rápidas sea mayor cuando se incorporen directamente en intervenciones locales de nivel sociocomunitario.
- **USO DE INFORMACIÓN EXISTENTE.** La recogida de nuevos datos (como las encuestas) se hace únicamente cuando las fuentes de información existentes no son adecuadas.
- **USO DE MÚLTIPLES MÉTODOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN.** Las evaluaciones rápidas combinan varios métodos y fuentes de información. Un único método o fuente de datos no puede cubrir todos los aspectos de problemas sociales complejos, sobre todo aquellos que son sensibles o permanecen 'ocultos'. Las evaluaciones rápidas construyen un panorama a partir de múltiples métodos y fuentes de información. Por sí solas, las fuentes de información individuales podrían proporcionar sólo un panorama parcial e incompleto, pero cuando se utilizan en conjunto se puede obtener una descripción más completa.
- **ENFOQUE INDUCTIVO.** Las evaluaciones rápidas se realizan de manera inductiva: el equipo investigador formula sus hipótesis y conclusiones por medio de recopilar y cruzar una amplia gama de información.

- **INVESTIGACIÓN DE MUCHOS NIVELES DE LAS SOCIEDADES.** Es importante ver el uso de sustancias y su contexto social, cultural, religioso, político e histórico. Habitualmente las evaluaciones rápidas atraviesan varios niveles de investigación, a fin de identificar puntos adecuados de intervención. Las evaluaciones rápidas no sólo se centran en los individuos sino que también enfocan a nivel de la comunidad y el ambiente social y económico.
- **IDONEIDAD EN VEZ DE PERFECCIÓN CIENTÍFICA.** La fiabilidad y validez son establecidas a través del control cruzado de los datos mediante distintos métodos y fuentes de información. Este control cruzado se llama *triangulación* y significa obtener información de distintas y múltiples fuentes utilizando métodos distintos, hasta que el investigador tenga confianza en la validez y representatividad de la información recabada.
- **PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD:** Las valoraciones rápidas involucran a la comunidad y a quienes participan en el desarrollo de las intervenciones o en actividades de ‘abogacía’ (*advocacy*, término inglés de difícil traducción).

Es importante tener presente que la realización de estudios de aplicación práctica no impide la posibilidad de que muchos de los conocimientos y experiencias obtenidos por medio de estos estudios podrá, en el futuro, sentar bases para nuevos enfoques teóricos en la prestación de servicios sociales y sanitarios a las respectivas poblaciones. Un diseño apropiado de investigación y su posterior ejecución puede proporcionar bases más firmes para la utilización de los resultados del estudio en la exploración de nuevos caminos en la provisión de servicios, así como en la formulación de proposiciones teóricas más generales sobre procesos de motivación, de cambios en la conducta, y otras áreas similares.

Frente al tipo de diseño ‘tradicional’ altamente estructurado, de los positivistas, las posiciones paradigmáticas que sustentan la práctica de los métodos cualitativos *no* ponen tanto énfasis en presentar propuestas formales y bien estructuradas donde queden bien estructuradas y formuladas las hipótesis, las muestras perfectamente delimitadas, las entrevistas estructuradas, y las estrategias de recogida y análisis de datos muy predeterminadas. El investigador cualitativo sigue por lo general el camino del descubrimiento progresivo, utilizando como modelo trabajos clásicos de la investigación cualitativa como los realizados por Malinowski, Mead, etc.

Es probable que asumir un punto intermedio entre estas dos posiciones sea recomendable para quienes se están iniciando en el ‘arte de la investigación’. Pareciera que uno de los mejores consejos es “planear ser flexible”. Se trataría de elaborar un plan de investigación que incluya muchos elementos de los planes tradicionales, pero que se reserve el derecho a modificar, alterar y cambiar su ruta conforme vaya avanzando la recogida de datos.

### **Desarrollo de la respuesta e intervención**

La valoración rápida se utiliza para efectuar intervenciones de salud pública, tendentes a minimizar o evitar consecuencias adversas para la salud asociadas al uso de sustancias. Por intervenciones de salud pública se entienden las respuestas que den prioridad a la promoción de la salud, a la prevención y a la reducción del riesgo entre individuos y poblaciones afectados por el uso de sustancias.

Se trata de *responder rápidamente* a problemas emergentes de salud pública, a fin de *prevenir los riesgos y daños* a los individuos y las poblaciones. Esto se logra por medio del desarrollo de *intervenciones a múltiples niveles* para provocar cambios en los *factores de riesgo* y en las *conductas de riesgo*. “*Múltiples niveles*” indica que las intervenciones serán a nivel de los individuos, la comunidad, el entorno y la política.

### **3.2.- DISEÑO PROCESUAL DE LA INVESTIGACIÓN**

Ahora hemos de predefinir detalladamente el *proceso* de investigación. En primer lugar habremos de caracterizar el tipo de estudio a realizar, como *ámbito general*, y a continuación deberemos *acotar detalladamente el objeto de estudio*, según los parámetros y especificaciones operativas que lo delimitarán durante la investigación, y que garantizarán el rigor del proceso.

#### **3.2.1.- ÁMBITO GENERAL**

Los ejes de investigación que pueden orientar el diseño han sido agrupados en tres áreas, agrupación orientada por criterios metodológicos sustentados en la prioridad y en la diferencia de niveles de análisis:

- A: Consulta inicial.
- B: (1) Valoración del uso de drogas;  
(2) Valoración de las consecuencias para la salud;  
(3) Valoración de las conductas de riesgo.
- C: (1) Valoración del contexto estructural;  
(2) Valoración del contexto social y cultural;  
(3) Valoración de las respuestas actuales y futuras.

Estos siete ámbitos permitirán organizar o reorganizar las respuestas interventivas de los equipos y tienen un patente interés práctico. En este sentido, combinan perspectivas típicas de los modelos de investigación aplicada, de investigación participativa y de investigación cualitativa.

### **ÁREAS CLAVE DE INVESTIGACIÓN**

#### **A. *Consulta inicial***

La consulta inicial es una recolección previa de información basada en el conocimiento y experiencia de los técnicos e informantes clave de la comunidad. Debe proporcionar un panorama rápido de las particularidades del territorio y su situación general. Es una ‘sonda’ de prospección rápida cuyo propósito es aportar informaciones básicas sobre el barrio, los actores, redes y colectivos clave, tanto para identificarlos como para conocer sus representaciones sobre los usuarios de drogas y sus posicionamientos sobre el proyecto.

Puede realizarse una reunión o grupo focal en la que participen los actores clave representantes legítimos de las fuerzas vivas y tejido asociativo de la comunidad junto a expertos provenientes de sectores gubernamentales y no gubernamentales (intersectoriales, inter-estamentales, etc.). En el guión de la reunión se deben incluir los temas específicos que se quieren recoger durante la realización del grupo focal,

considerando que el marco general está dado por el problema específico de intervención.

### **Preguntas clave para planear la consulta inicial:**

- ¿Cuáles son los principales problemas que vive la comunidad asociados a la situación del consumo de drogas?
- ¿Cuál es la situación inicial local con respecto a las consecuencias adversas para la salud asociadas con el uso de drogas?
- ¿Cuáles serían los agentes o actores claves que deben ser sumados al proceso de construcción comunitaria?
- ¿Cuál o cuáles son las principales redes existentes en la comunidad que deben estar presentes en el proceso de 'construcción de comunidad'?
- ¿Cuál es la valoración de la red institucional y su respuesta frente al problema de las drogodependencias?

#### **B(1). Valoración del uso de drogas**

Los servicios de drogodependencias buscan, de diferentes maneras, reducir los daños que el uso de drogas ocasiona en los consumidores y sus próximos, en la perspectiva de proteger la salud pública y los derechos humanos.

Indagar sobre el uso de drogas en general, y sobre el uso de drogas por vía parenteral en particular, es pieza clave en el proceso de investigación, ya que la finalidad principal es la de valorar o conocer el impacto actual o potencial de uso de drogas por vías diversas y conocer las formas en que se puede reducir este impacto.

En un territorio dado es importante saber:

- La naturaleza, características y extensión del uso de drogas en la ciudad
- Los escenarios de venta de drogas y de consumo callejero
- Los cambios de los patrones de consumo y sus determinantes.

Es importante indagar sobre este eje independientemente del número actual de UDVP. Si existe poco o aparentemente estable uso de drogas por vía parenteral, focalizar sobre este eje permitirá una visión rápida sobre la probabilidad de que esta práctica sea adoptada en el territorio. También se podrá indagar la probabilidad de un *cambio de vía de consumo* y su *difusión* a través de redes y grupos.

### **Preguntas clave en la valoración del uso de drogas**

- ¿Cuál es la naturaleza y extensión del uso de drogas?
- ¿Cuál es la naturaleza y extensión del uso de drogas por vía parenteral?
- ¿Quiénes son los UDVP y dónde pueden ser localizados?
- ¿Cuáles son las tendencias temporales del uso de drogas por vía parenteral?

De cualquier modo, se deben explorar:

- Conocimientos y percepciones de los usuarios sobre las diferentes modalidades de consumo (historia del uso de drogas, cambios, nuevas pautas de consumo, nuevos escenarios, etc.)
- Naturaleza y extensión del uso de drogas

- Tendencia a lo largo del tiempo en términos de incidencia y prevalencia de las prácticas de consumo
- Características sociales, económicas y culturales de los usuarios
- Normas sociales sobre diferentes drogas y formas de usarlas
- Influencias ambientales locales sobre los lugares o zonas de venta y consumo.

<b>TÉCNICAS RECOMENDADAS</b>	<b>FUENTES A CONSULTAR</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Análisis de los datos estadísticos y otros similares existentes,</li> <li>▪ recopilación de datos de archivos,</li> <li>▪ entrevistas con informantes claves,</li> <li>▪ mapeo de zonas de venta y consumo,</li> <li>▪ grupos focales y</li> <li>▪ encuestas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programas sobre drogas,</li> <li>▪ policía,</li> <li>▪ sistema de salud,</li> <li>▪ ex usuarios y usuarios en activo,</li> <li>▪ red próxima de usuarios.</li> </ul>

### ***B(2). Valoración de las consecuencias para la salud***

Las consecuencias adversas para la salud son los daños que ocasiona el uso de drogas (transmisión de enfermedades, sobredosis, modo de vida, accidentes) y que se ven influenciadas por las condiciones de vida de los usuarios de drogas.

Debemos poder valorar:

- Los tipos de daños asociados al consumo y modo de vida, así como los factores que los influyen.
- Su magnitud y evolución.
- Aspectos que las disminuyen.

La valoración de consecuencias para la salud proporciona la información necesaria para (re)elaborar ideas sobre la necesidad y prioridad de las intervenciones. La recolección de datos sobre las consecuencias adversas para la salud ayuda a fundamentar la selección de las intervenciones así como a valorar el potencial impacto de las intervenciones para reducirlas.

Aunque el eje principal de investigación se centra en las consecuencias mismas, es bueno recordar que la probabilidad de sufrir consecuencias adversas para la salud tiene relación con las conductas de riesgo que pueden asumir los UDVP, y al mismo tiempo tiene relación con el entorno político y social. Algunos temas son:

- Enfermedades infecciosas asociadas con el uso de drogas por vía parenteral
- Enfermedades infecciosas asociadas al comportamiento sexual
- Problemas asociados con el consumo de drogas y vías de administración
- Problemas de salud y acontecimientos adversos relacionados con las condiciones de vida y el modo de vida
- Efectos sobre entorno próximo: cónyuge, hijos, familia, pares...

Antes de efectuar la evaluación es útil considerar algunos de los principios claves que influyen en la recolección e interpretación de los datos sobre las consecuencias adversas para la salud. El primer punto es que el principal procedimiento para obtener información sobre las consecuencias para la salud derivadas de la práctica de uso de drogas por vía parenteral es la recopilación de las fuentes de información existentes. Si estas fuentes son muy detalladas, como en el caso de informes estadísticos, información periodística, etc., es necesario que se lean y organicen los datos de manera que tengan *relevancia práctica*. En segundo lugar, es útil tomar en cuenta varios conceptos epidemiológicos básicos, que fundamentan la interpretación y organización de datos sobre la distribución de consecuencias adversas para la salud.

### Conceptos epidemiológicos básicos

#### **Caso**

Un caso o evento es la incidencia de una condición; por ejemplo: una persona a la que se le diagnostica una determinada enfermedad o infección (como la del VIH) o que experimenta un hecho particular adverso (como violencia sexual o relacionada con el alcohol).

#### **Números absolutos**

Algunas veces los datos se presentan como *números absolutos* de casos o eventos; por ejemplo: número de personas a las que se diagnosticó Sida.

#### **Tasas**

Los datos también pueden presentarse como una tasa, usualmente como la proporción porcentual del número de personas dentro de un grupo de muestra que están potencialmente en riesgo; por ejemplo: el porcentaje de personas que se inyectan drogas y que han reportado tener infecciones por VIH u otras enfermedades de transmisión.

#### **Prevalencia**

La prevalencia es el número de casos en una población estudiada que tienen una condición sanitaria particular en un momento determinado del tiempo. Existen el *punto de prevalencia*, que se calcula en un determinado momento del tiempo; el *período de prevalencia*, que se calcula durante un período específico de tiempo; y la *prevalencia acumulada*, que estima los casos totales desde que se inicia el registro. Usualmente la prevalencia se expresa como '*tasa de prevalencia*'. Por ejemplo: en 1994 la tasa de prevalencia de momento de la infección por VIH entre una muestra de 200 trabajadores del comercio sexual era del 15%.

#### **Incidencia**

La *incidencia* de una enfermedad u otras condiciones de salud es el número de *nuevos* casos que ocurren durante un período específico de tiempo en un grupo de muestra. Por ejemplo: en un estudio de seguimiento de 100 usuarios de cocaína, 10 resultaron VIH positivos durante el período de estudio, de 12 meses, arrojando una *incidencia* de infección por el VIH de 10, y una *tasa de incidencia* de 10 por 100 personas/año.

#### **Tendencia**

Generalmente es importante saber si la frecuencia de la enfermedad o suceso está cambiando a lo largo del tiempo. Se pueden comparar los resúmenes anuales de datos a fin de ofrecer análisis de tendencias. Por ejemplo: entre 1992 y 1993 la prevalencia del VIH aumentó de 10% a 20% entre las personas que se inyectaban drogas, pero entre 1994 y 1995 aparentemente se niveló en 22%.

El tercer punto es que será importante considerar la exactitud y 'representatividad' de los datos recabados de las fuentes existentes. A menudo no es preciso el registro de informaciones sobre uso de sustancias y otras prácticas estigmatizadas. Muchos grupos de usuarios de sustancias, por ejemplo, pueden estar 'ocultándose' de los sistemas de información y supervisión, especialmente los que dependen de las instancias encargadas de hacer cumplir la ley y de los datos de los organismos encargados de dar tratamiento. Por ello, al interpretar la información existente será necesario elaborar una opinión sobre la 'representatividad' de estos datos respecto del conjunto de población en estudio. Para ayudar a formar estas opiniones o ideas, será necesario comparar los hallazgos de la información existente con los hallazgos provenientes de la implementación de otras técnicas de producción y recolección de información, fundamentalmente aquellas que trabajan con fuentes primarias.

<b>TÉCNICAS RECOMENDADAS</b>	<b>FUENTES A CONSULTAR</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Análisis de los datos estadísticos actuales,</li> <li>▪ recopilación de datos de registros actuales,</li> <li>▪ entrevistas con informantes claves,</li> <li>▪ grupos focales y</li> <li>▪ encuestas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sistemas de información de salud,</li> <li>▪ sistemas de vigilancia epidemiológica,</li> <li>▪ análisis de registros locales,</li> <li>▪ estudios actuales,</li> <li>▪ informes clínicos, etc.</li> </ul>

### ***B(3). Valoración de las conductas de riesgo***

La valoración de conductas de riesgo de los usuarios de drogas inyectadas hace referencia a acciones que aumentan la probabilidad de sufrir consecuencias adversas para la salud asociadas al uso de drogas por vía parenteral. Al estudiar las conductas de riesgo se sugiere focalizar en las siguientes cuestiones:

- Extensión y naturaleza de las conductas de riesgo relacionadas con la salud entre usuarios de drogas por vía parenteral.
- Razones o sinrazones que llevan a los UDVP a asumir conductas de riesgo.
- Factores que inhiben o permiten la reducción del riesgo entre los UDVP.

Es importante conocer el impacto que tienen las conductas de otras personas, y la influencia de los factores contextuales de tipo sociocultural, tales como normas

sociales sobre riesgo y el impacto del entorno legal, que podría indirectamente aumentar el riesgo o el daño entre los UDVP. No olvidemos que las conductas de riesgo de los propios UDVP se ven influidas por las creencias y conductas de otros y por los ambientes en que se desarrollan esas conductas. Tampoco hay que olvidar, cuando se lleva a cabo una investigación en el campo del VIH/Sida en población UDVP, y específicamente cuando indagamos en la conducta de riesgo, que también es importante distinguir entre las acciones de los inyectores que son riesgosas para ellos mismos y las acciones que son riesgosas para otros.

La información que obtenemos indagando sobre este eje nos permite describir los factores que influyen en la extensión y naturaleza de las conductas de riesgo de los UDVP y en la viabilidad de las diferentes iniciativas a nivel individual, social y político. Los principales temas a indagar deben incluir:

- Riesgos de adquisición / transmisión de enfermedades asociados al uso de drogas endovenosas
- Riesgos de adquisición / transmisión de enfermedades asociados a la conducta sexual
- Sobredosis y otros riesgos asociados al uso de drogas endovenosas
- Conocimientos y percepciones sobre enfermedades, sobredosis y otros riesgos.

De modo consecuente con los planteamientos de reducción de daños, en este eje se debe recoger información sobre cada uno de estos temas tanto en los niveles de conducta de riesgo individual, de influencia de las normas y contextos de la comunidad y de la influencia de las políticas, las leyes y el ambiente. Presentamos aquí tres niveles en que deben ser estudiados los comportamientos (cuadro):



Nivel	Información clave
<b>INDIVIDUAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tipos de conductas de riesgo informados por los UDVP</li> <li>▪ Extensión y frecuencia de las diferentes conductas de riesgo</li> <li>▪ Conciencia, conocimientos y percepciones de riesgo en UDVP</li> <li>▪ Percepción de los UDVP sobre factores que obstaculizan y facilitan la reducción de riesgos</li> </ul> <p><b>Preguntas importantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>¿Qué formas de inyectarse aumentan el riesgo de transmisión de una enfermedad?</i></li> <li>▪ <i>¿Qué conductas aumentan el riesgo de sobredosis y otras conductas de riesgo?</i></li> <li>▪ <i>¿Cuáles son las percepciones de riesgo asociadas con prácticas de uso de drogas inyectadas y con la conducta sexual?</i></li> </ul>
<b>SOCIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Influencia de la normas y prácticas sociales en los comportamientos de riesgo</li> <li>▪ Influencia del ambiente y contextos sociales en los comportamientos de riesgo</li> <li>▪ Influencia de grupos y personas que se inyectan drogas en los comportamientos de riesgo</li> </ul> <p><b>Preguntas importantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>¿Cómo influyen las normas sociales en el riesgo de sobredosis y otras condiciones de salud?</i></li> <li>▪ <i>¿Tienen determinados grupos de UDVP niveles más altos de conductas de riesgo?</i></li> </ul>
<b>POLÍTICO, AMBIENTAL Y LEGAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Influencia de las políticas locales y nacionales en los comportamientos de riesgo</li> <li>▪ Influencia del entorno social, legal y económico en los comportamientos de riesgo</li> </ul> <p><b>Preguntas importantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>¿Qué impactos tienen las políticas locales y nacionales sobre las conductas de riesgo?</i></li> <li>▪ <i>¿Qué impacto tiene el entorno económico sobre las conductas de riesgo?</i></li> </ul>

TÉCNICAS RECOMENDADAS	FUENTES ÚTILES
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grupos focales y entrevistas cualitativas,</li> <li>▪ entrevistas estructuradas y sondeos,</li> <li>▪ recolección de información y datos actuales,</li> <li>▪ observaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informantes clave,</li> <li>▪ datos actuales sobre usuarios de drogas,</li> <li>▪ información actual sobre zonas de venta y consumo.</li> </ul>

### **C(1). Valoración del contexto estructural**

El contexto estructural está formado por los factores que influyen en la estructura básica de una localidad o comunidad.

#### **Dimensiones clave del contexto estructural:**

- Demografía de la población, migración y movilidad
- Condiciones generales de salud e higiene
- Situación política, legal y económica
- Sistemas sanitario, educativo, de bienestar social, religioso y de justicia penal
- Idioma, medios de comunicación y redes de transporte y comunicación
- Organizaciones locales gubernamentales y no gubernamentales
- Organizaciones de derechos humanos.

La valoración del contexto estructural deberá identificar y describir los factores estructurales locales, con el propósito de valorar cómo cada uno de éstos podría tener influencia directa o indirecta sobre la situación actual y potencial relacionada con el uso de drogas y sus consecuencias adversas para la salud, así como las oportunidades para desarrollar intervenciones eficaces.

#### **Los factores determinantes a identificar se organizan en tres niveles:**

- Identificar los factores estructurales que influyen en la problemática específica
- Identificar los factores estructurales que favorecen los daños para la salud asociados con el uso de drogas
- Identificar los factores estructurales que influyen –obstaculizando o facilitando– en el desarrollo de las intervenciones.

Hay cuatro preguntas clave que pueden guiar la valoración, pero también será necesario complementarlas con preguntas adicionales según las especificidades locales. Además, podría ser necesario añadir otras dimensiones a la lista de factores estructurales identificados anteriormente.

#### **Preguntas clave sobre el contexto estructural:**

- ¿Cuáles son los elementos que conforman el contexto estructural local?
- ¿Cómo influyen los factores estructurales en las condiciones de salud y de vida?
- ¿Cómo influyen los factores estructurales en los patrones de uso de sustancias?
- ¿Cómo influyen los factores estructurales en el desarrollo de las políticas de salud y de las intervenciones?

Al valorar de qué manera los factores estructurales podrían influir en los patrones de conducta en salud, es importante indicar hasta dónde estas opiniones pueden ser fundamentadas por las evidencias recopiladas durante la valoración de la situación inicial, o si se trata de impresiones generales. Dado que la valoración recurre básicamente a la *información descriptiva* y permite extraer opiniones sobre el *impacto potencial* de los factores estructurales sobre los patrones de conducta, es extremadamente importante verificar la *validez* de las opiniones haciendo acopio del máximo posible de datos, con variedad de fuentes y métodos de información.

#### **TÉCNICAS RECOMENDADAS:**

- Recopilación de las fuentes de información existentes
- Entrevistas con informantes clave.

#### ***C(2). Valoración del contexto social y cultural***

La valoración del contexto social y cultural identifica cómo los factores sociales y culturales influyen en el desarrollo de políticas, planes y programas de salud en un territorio dado. Entre otros incluye las imágenes, las representaciones, el significado para diferentes personas y colectivos del uso de sustancias, sus consumidores y el desarrollo de servicios asistenciales. Pero también, a la recíproca, la propia representación de los usuarios sobre la comunidad y la importancia de los roles de ambas partes en el desarrollo de intervenciones y servicios orientados hacia ellos; así como las representaciones de los usuarios sobre los servicios que los atienden.

Es por ello que la presencia de representantes legítimos de los usuarios de drogas es trascendental. Es una acción que incentiva y promueve las aportaciones de los propios usuarios, solicitados y considerados como expertos partícipes de un proceso de interés colectivo.

En diferentes territorios se han creado movimientos y asociaciones de usuarios de drogas. No han conseguido el ambicioso y utópico impacto de sus objetivos iniciales, pero de diferentes maneras se han situado como actores del contexto socio-sanitario, generalmente local, posicionando sus planteamientos en foros colectivos. Algunas de estas asociaciones han sido instrumentalizadas por otras organizaciones con propios intereses, desperdiciando el enorme potencial de los usuarios, particularmente en influenciar a sus pares. En el Estado Español, algunos de estos colectivos se han desorientado por sus propias luchas internas e inter-asociativas, falta de recursos y de buenos apoyos y ausencia de un líder reconocido.

Básicamente los técnicos deben respetar las reglas básicas de la democracia, el respeto, el derecho a la asociación y la soberanía decisional de una asociación o colectivo. En todos los casos, existan o no asociaciones o redes de usuarios, debe plantearse la mejor forma de implicarlos. La existencia en el territorio de espacios en que se posibilite la palabra colectiva de los usuarios es de gran utilidad para convocarles. Allí donde no existan estos movimientos, deberían plantearse los escenarios posibles donde iniciar procesos de estas características. Las dinámicas cooperativas y de participación son propias de las buenas intervenciones sociocomunitarias: los usuarios de drogas *también son comunidad*.

Hay cinco preguntas que se pueden utilizar ajustándose a los diferentes grupos que poseen normas y prácticas culturales diversas:

- ¿Cuáles son las representaciones de la comunidad sobre el uso de drogas, los usuarios y los servicios que los atienden?
- ¿Cuáles son las representaciones de los usuarios de drogas sobre lo que es la comunidad y el papel que esta representa en la apertura de servicios?
- ¿Cómo influyen esas representaciones:
  - ... en el desarrollo de la situación problema?
  - ... sobre el desarrollo de la intervención?
  - ... en el desarrollo de las políticas de salud territoriales?

TÉCNICAS RECOMENDADAS	FUENTES ÚTILES
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recopilación de la información existente,</li> <li>▪ entrevistas no estructuradas,</li> <li>▪ grupos focales,</li> <li>▪ observaciones,</li> <li>▪ revisión de documentación existente,</li> <li>▪ entrevistas a informantes clave.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informantes clave,</li> <li>▪ documentación actual sobre el contexto social y cultural.</li> </ul>

La valoración del contexto social y cultural requiere algo de experiencia en ciencias sociales, por lo que es de utilidad contar con el apoyo de especialistas en la materia.

### **C(3). Valoración de las respuestas actuales y futuras**

La valoración de la intervención se utiliza para valorar la extensión, naturaleza e idoneidad de las intervenciones que tienen como objetivo la reducción de daños y riesgos asociados con el uso de sustancias. Se centra en la viabilidad y eficacia de las intervenciones en curso, a fin de determinar la necesidad y recursos requeridos para realizar intervenciones en el futuro. Los hallazgos de la Evaluación de la Intervención proporcionan información necesaria para llegar a opiniones sobre los tipos de intervenciones que se necesitan para reducir riesgos y daños asociados al consumo de drogas.

Es importante diferenciar entre la *extensión y naturaleza* de las intervenciones en curso y la *necesidad* de intervenciones futuras. Esto significa que la Evaluación de la Intervención debe incluir una evaluación de la idoneidad y eficacia de las intervenciones actuales, *antes* de que esté en capacidad de valorar las necesidades y recursos que se requieren para el desarrollo de futuras intervenciones. Por lo tanto, la Evaluación de la Intervención tiene dos componentes básicos: las *intervenciones actuales* y las *intervenciones futuras*.

También es necesario que el estudio de las intervención proporcione una valoración de idoneidad y eficacia *global* de las intervenciones *a nivel local*. El foco de interés principal de la Evaluación de la Intervención es recabar información sobre varias intervenciones específicas (por ejemplo: Programas de intercambio de jeringuillas,

centros de emergencia, etc.) e introducirla en una evaluación global de la intervención en una comunidad o zona específica.

### **a) Valoración de las intervenciones actuales**

El foco de interés principal de la evaluación de las intervenciones actuales es la *extensión, naturaleza e idoneidad* de las intervenciones en curso cuyo objetivo sea la reducción del riesgo y daños asociados con el uso de sustancias.

#### **Cuestiones clave sobre las respuestas actuales de intervención:**

- Tipos, fines y objetivos
- Estrategias de selección de objetivos y de implementación de la intervención
- Extensión y disponibilidad
- Accesibilidad e idoneidad
- Ventajas y desventajas
- Eficacia, eficiencia y efectividad. Factores que influyen en ellas.

<b>TÉCNICAS RECOMENDADAS</b>	<b>FUENTES ÚTILES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Análisis de información existente,</li> <li>▪ entrevistas estructuradas y no estructuradas,</li> <li>▪ entrevistas de grupo,</li> <li>▪ observaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Archivos sobre evaluación de intervenciones,</li> <li>▪ informantes clave de las intervenciones actuales y de la planificación de servicios de salud,</li> <li>▪ usuarios de sustancias que no estén en contacto con los servicios generales o especializados.</li> </ul>

### **b) Sobre las intervenciones futuras**

Una vez que la Evaluación de la Intervención ha evaluado la extensión y naturaleza de las intervenciones en curso, es necesario identificar las *carencias* clave en las intervenciones actuales, la necesidad de desarrollar futuras intervenciones y los *recursos* requeridos para que su desarrollo e implementación tengan éxito.

Al identificar las carencias clave y necesidades, es particularmente importante considerar la intervención global a nivel local. Un principio rector relevante en esta etapa es valorar el *equilibrio* global de la intervención a lo largo de varias dimensiones, incluyendo el equilibrio entre:

- las intervenciones de prevención, promoción de la salud, tratamiento y políticas
- las intervenciones que fomenten los cambios a nivel individual, de la comunidad y del ambiente político, legal y social
- los enfoques de salud pública, médicos y legales.

#### **Cuestiones clave sobre las intervenciones futuras:**

- Mejoras y cambios necesarios en las intervenciones actuales
- Tipos de intervenciones futuras necesarias
- Estrategias de selección de objetivos y de implementación para futuras intervenciones
- Recursos y acciones requeridos para desarrollar futuras intervenciones
- Factores que potencialmente influirán en la eficacia de futuras intervenciones.

TÉCNICAS RECOMENDADAS	FUENTES ÚTILES
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Análisis de evaluación de intervenciones actuales,</li> <li>▪ grupos focales,</li> <li>▪ observaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hallazgos clave en evaluación de intervenciones actuales,</li> <li>▪ población diana de las intervenciones futuras,</li> <li>▪ usuarios de sustancias que no estén en contacto con los servicios y no hayan sido beneficiarios de la intervención actual.</li> </ul>

### 3.2.2.- ACOTACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

Conviene ahora determinar los parámetros y especificaciones operativas del objeto de estudio, que lo delimitarán durante la investigación y garantizarán el rigor del proceso:

- *Ámbito espacial*: ubicación geográfica de la población a estudio (criterio geográfico de inclusión en la muestra).
- *Ámbito temporal*: periodo de tiempo durante el cual se va a estudiar a esa población (plazos de inicio y fin del estudio).
- *Unidad/es de análisis*: conceptos y parámetros a través de los cuales se analizarán los fenómenos objeto de estudio.
- *Unidad/es de observación*: definición detallada de los sujetos que formarán parte del estudio (criterios de inclusión de sujetos en la muestra).
- *Tamaño de la muestra* de población (por representatividad estadística, o sujetos significados), y técnicas de selección (azar, clusters, recorrido aleatorio, etc.).

### **3.3- DISEÑO MUESTRAL**

No cabe duda que es prácticamente imposible que podamos estandarizar el diseño muestral pues este dependerá de las características propias y particulares de los proyectos específicos realizar. Sin embargo, basándonos en las metodologías de rápido acceso podemos sugerir algunos principios generales.

Una de las primeras decisiones que se deben hacer cuando se diseña el proyecto es cómo seleccionar muestras de la población en estudio. Las decisiones iniciales sobre el muestreo se pueden hacer utilizando la Consulta Inicial, pero posteriormente deberá recurrirse a estrategias específicas de muestreo. En general no es posible, ni recomendable para los fines de esta guía, realizar grandes muestreos representativos. En su lugar, la selección de muestras depende de su representatividad 'teórica' y de su utilidad práctica para el desarrollo de las intervenciones.

La categoría "usuarios de drogas por vía parenteral" es muy amplia y podría en teoría ser aplicada a grandes sectores de una población. Antes de decidir sobre los procedimientos de muestreo, es necesario analizar en términos generales cuáles poblaciones se van a incluir en el estudio. Reiteramos que el apartado sobre Consulta Inicial (página 27) contiene directrices útiles sobre cómo tomar las decisiones iniciales.

#### **3.3.1.- ESTRATEGIAS DE MUESTREO**

Después de tomar las primeras decisiones sobre las poblaciones que serán incluidas en el estudio, es necesario considerar los tipos de estrategias de muestreo a utilizar. Estas son las estrategias usadas para seleccionar un número de casos de una población específica, como sería un determinado grupo de usuarios de sustancias, de trabajadores/as del comercio sexual, trabajadores de la salud, representantes políticos, etcétera.

El muestreo se usa cuando una población a estudio tiene demasiados casos como para que el equipo de investigación los contacte a todos. Las estrategias de muestreo ayudan al equipo a seleccionar muestras de casos de una determinada población. Hay dos tipos principales de estrategias de muestreo: selección de muestras representativas y selección de muestras teóricamente representativas.

##### ***Muestras representativas***

Una muestra representativa es aquella donde los casos seleccionados son 'estadísticamente representativos' de la más grande población en estudio. Para esto, usualmente deben existir previamente datos imparciales sobre las características de la población a estudio (lo que se suele denominar *marco del muestreo*), a fin de decidir cómo elaborar una muestra que sea verdaderamente representativa. Las consideraciones claves incluyen: las características demográficas y de conducta de la población en estudio, y el tamaño de la muestra requerida, a fin de reclutar suficientes casos como para extraer conclusiones que se puedan generalizar a toda la población en estudio.

Para nuestros fines las muestras representativas son generalmente poco prácticas. Y esto por tres razones principales:

- la información existente sobre la población en estudio es insuficiente para garantizar que las muestras sean 'representativas', y muchas poblaciones en estudio son de difícil acceso para las fuentes de datos existentes;
- las muestras representativas a menudo requieren muestras de gran tamaño y el uso de métodos estadísticos y epidemiológicos, todo lo cual no es práctico dados los recursos y el tiempo de que se dispone;
- otras estrategias de muestreo ofrecen información de mayor relevancia práctica para las intervenciones.

### **Muestras teóricas**

El segundo tipo de estrategia, más adecuado para nuestros fines, es el muestreo 'teórico'. Estas muestras no pretenden ser estadísticamente representativas, sino que buscan seleccionar casos que sean *teóricamente representativos* de los tipos fundamentales de conductas, grupos, poblaciones y tópicos estudiados. El objetivo es seleccionar muestras sobre la base de las preguntas y aspectos claves que se utilizarán (incluyendo por tanto a poblaciones y conductas claves en la muestra) y adoptar un enfoque que compare sistemáticamente las conclusiones conforme surjan, a fin de valorar de manera crítica la utilidad teórica de las muestras seleccionadas y de las hipótesis que se generen.

A continuación se esbozan los aspectos claves del muestreo teórico:

- Las poblaciones en estudio se seleccionan en función de su relevancia teórica y práctica para evaluar el uso de sustancias y sus daños asociados, y para ofrecer los datos necesarios para desarrollar intervenciones.
- La selección de muestras es *inductiva*, de manera que las nuevas muestras se seleccionan sobre la base de los hallazgos que vayan emergiendo y que indican que se necesitan nuevas muestras para su validez.
- La selección inductiva de muestras significa que la estrategia de muestreo da seguimiento a los casos donde la relación entre uso de sustancias y daños asociados aún debe ser valorada o explicada en su totalidad.
- Las conclusiones de diferentes muestras se comparan constantemente (como en la triangulación), para determinar si no se necesitan nuevas muestras.
- La selección de diferentes muestras continuará hasta el 'punto de saturación': cuando no se esté recogiendo más información nueva, y el equipo considere que ya se exploraron todas las fuentes de potencial variación entre las muestras.

También existen razones prácticas por las cuales el muestreo teórico es particularmente útil. La más importante es que una muestra más amplia (a menudo necesaria para un muestreo representativo) no es necesariamente mejor que una más pequeña (a menudo utilizada en el muestreo teórico). Mientras que las muestras grandes ofrecen la posibilidad de explorar estadísticamente las diferencias entre los casos o de determinadas asociaciones de conducta dentro de la muestra, las muestras pequeñas ofrecen la posibilidad de explorar las relaciones entre el uso de sustancias y otros fenómenos de interés. Esto podría resultar particularmente útil para poder llegar a comprender los factores que influyen en la reducción del riesgo y en la eficacia de las intervenciones.



Cuando se utiliza una estrategia de muestreo teórico a veces es difícil estimar el tamaño de las muestras potenciales. Esto se debe a que la estrategia es “inductiva” y a que no es sino hasta que los hallazgos empiecen a surgir que el equipo puede formarse opiniones sobre si seleccionar casos adicionales o grupos muestrales para la evaluación. Sin embargo, el equipo tendrá que hacer estimaciones aproximadas del tamaño potencial de diferentes muestras, utilizando métodos distintos.

### **3.3.2.- TÉCNICAS DE MUESTREO**

Existen varias técnicas de muestreo que se pueden utilizar. Estas incluyen:

- **Muestras a conveniencia:** las que seleccionan y comparan inductivamente “casos críticos” de relevancia teórica y práctica, como comparar entre el sexo sin protección de usuarios de cocaína en privado y en relaciones de sexo comercial.
- **Muestras de oportunidad:** que seleccionan casos porque están disponibles y son convenientes, como las observaciones hechas en una calle donde se realizan transacciones de comercio sexual.
- **Muestras de red:** también llamadas muestras de “bola de nieve”, seleccionan casos a través de redes o grupos sociales específicos, como cuando el entrevistado presenta al investigador a otras personas de su red de pares.
- **Muestreo de área:** selecciona casos específicos a determinadas áreas geográficas o “bloques”, como cuando se comparan unos con otros determinados lugares de la calle donde se dan el uso de sustancias.
- **Muestreo de cuota:** controla el tipo y cantidad de los casos seleccionados, como cuando se selecciona una cuota específica de usuarios de drogas sea por nacionalidad, raza, etc. en una muestra de trabajadores UDVP global.
- **Muestreo seleccionado:** igual que el muestreo teórico, se dirige a monitorear y modificar la estrategia de muestreo a lo largo de la investigación, a fin de aumentar la validez y posibilidades de generalización de las conclusiones. Un ejemplo sería cuando la estrategia de muestreo es alterada para incluir nuevos casos, cuando surgen conclusiones que sugieren que esto es necesario a fin de realizar una evaluación adecuada.

### 3.4.- TÉCNICAS CUALITATIVAS PARA RECOGIDA DE INFORMACIÓN

La metodología se torna específica explicando las *técnicas* que emplearemos para recoger y clasificar los datos, argumentando la finalidad de cada una de ellas y la proporción aproximada en que se usará cada una de ellas. Se pueden añadir también las técnicas que emplearemos para el *análisis de los datos* e incluso las técnicas y normas internas para la *revisión metodológica*.

#### EJEMPLOS DE TÉCNICAS GENERALES Y DE CIENCIAS SOCIALES

<b>Recogida de información</b>	Observación	Directa <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Simple</li> <li>▪ Participante</li> </ul> Indirecta o documental Experimentación
	Fuentes orales	Entrevistas <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estructuradas / no estructuradas: abiertas / semiabiertas / directivas</li> <li>▪ Individuales</li> <li>▪ Temáticas</li> <li>▪ Experienciales</li> </ul> Historias de vida Arqueologías de historia social oral: cuentos, canciones, etc.
	Observación y registro oral	Grupos focales Grupos de discusión
	Sociometría	Encuestas Cuestionarios Escalas de actitudes etc.
<b>Clasificación</b>	Codificación / tabulación Tipologías (clusters) etc.	
<b>Análisis</b>	Explicación / interpretación Análisis uni- / bi- / multivariante Análisis paramétricos / no paramétricos Análisis causal (etiológico) / de cambio social / sociométrico Meta-análisis etc.	

### **3.4.1.- ENTREVISTAS**

Las entrevistas consisten en un proceso de recolección de información a través de la formulación sistemática de preguntas que ofrecen respuestas ante las cuales se dispone un sistema de escucha activa y de registro. Pueden ser entrevistas formales, preparadas especialmente para un propósito, o producirse en situaciones informales de interacción social. Las primeras suelen darse en contextos institucionales, son planificadas, con roles preestablecidos y producen información más estandarizada; por todo ello son de carácter directivo. Las informales son más coloquiales y se suelen producir en contextos de vida cotidiana, no suelen ser planificadas y generan información menos estereotipada; son, pues, abiertas. En el campo específico de las drogodependencias, dada la clandestinidad del consumo, las entrevistas informales producen, en general, informaciones de mayor utilidad.

#### **Utilidad**

Las entrevistas son particularmente útiles para identificar los *significados* que la gente atribuye a su uso de sustancias y para obtener *información descriptiva* sobre los factores que influyen en la percepción del riesgo, conductas de riesgo y reducción del riesgo. Son técnicas apropiadas para cuando se investigan temas *delicados o que abordan cuestiones de privacidad*. Son particularmente eficaces cuando se usan como técnicas para explorar y recoger información sobre temas ‘emergentes’, de los cuales se conoce poco.

#### **Tipos de entrevistas**

Existen cuatro tipos principales de entrevistas: “a informantes clave”, “no estructurada”, “estructurada” y de “grupo”. El uso de uno u otro tipo de entrevista dependerá de la situación particular y del tipo de información que se quiere obtener. El uso debe ser flexible, pudiendo en una misma entrevista mezclar diferentes tipos. Por ejemplo, una entrevista no estructurada podría incluir algunas preguntas estructuradas, o una entrevista individual podría llegar a ser una entrevista de grupo si acuden más personas.

#### ***Entrevistas con informantes clave***

Se trata de entrevistas con personas que pueden dar *información especializada*, o altamente cualificada sobre el tema o ámbito específico de indagación (un informante clave sobre la accesibilidad de materiales de inyección, por ejemplo, podría ser un inyectador del barrio). Los informantes clave también podrían ser personas que tienen acceso a la población diana.

Este tipo de entrevistas es especialmente importante al inicio de proyecto o programa específico (fase de preparación). Proporcionan datos sobre las poblaciones y sujetos a incluir en las diferentes fases y momentos del programa, estrategias de muestreo, preguntas clave que podrían formularse en las entrevistas y acceso a otros informantes clave. Es por eso que la inclusión de informantes clave es fundamental en la Consulta Inicial. Sin embargo, es recomendable mantener una relación constante con ellos durante todo el ciclo del programa o proyecto y solicitarlos puntualmente ante la aparición de nuevas necesidades de información.

### **Entrevistas no estructuradas**

Generalmente estas entrevistas no contienen un guión tan claro como las estructuradas. Pero, en general contienen también una 'guía de temas' que permiten indagar y enfocar la discusión en torno a algunas áreas clave, por lo que en realidad podríamos llamarlas "ligeramente estructuradas". Utilizando la guía de temas, la entrevista no estructurada fomenta la descripción en profundidad de algunos aspectos relevantes. Es particularmente útil como técnica en estudios exploratorios para estudiar áreas sobre las cuales se conoce poco.

Las entrevistas no estructuradas podrían concentrarse en un determinado tema con cierta profundidad. Por ejemplo, una entrevista centrada en las pautas de uso de los UDVP podría profundizar sobre aspectos contextuales presentes en las situaciones de consumo que influyen en que se comparta equipo de inyección. El enfoque preciso de las entrevistas no estructuradas dependerá no sólo de los grupos de la muestra y de los temas amplios que se discutan, sino también de los entrevistados y de sus intereses y experiencias.

En las entrevistas no estructuradas es importante encontrar un equilibrio adecuado entre facilitar la descripción *en profundidad* sobre un tema y generar información de *utilidad práctica*. Es importante que el entrevistador haga *preguntas abiertas e imparciales*, que faciliten la emergencia de nuevos contenidos ("¿qué dificultades está viviendo el colectivo de inyectores del barrio?"), pero también es importante que el entrevistador guíe suavemente la conversación hacia los temas que necesita ampliar la obtención de información ("¿qué horarios debería cubrir el nuevo servicio de intercambio de jeringuillas del barrio?").

Al tratar temas de naturaleza delicada, las entrevistas no estructuradas son más eficaces cuando introducen un tema en *términos generales*, para después continuar con preguntas más personales. Podría ser que fuera necesario entablar una conversación general antes de que sea posible hacer que los entrevistados se refieran a sus propias conductas.

Las preguntas útiles que se formulan durante este tipo de conversaciones a menudo toman la forma de frases 'generadoras', tales como "¿y eso cómo sucedió?", "¿por qué crees que fue así?", o bien simplemente facilitan el flujo de la conversación, tales como "ah, ya veo" o "mmm". En las entrevistas no estructuradas son especialmente informativas preguntas del tipo: "¿cómo?", "¿cuándo?", "¿con quién?", "¿qué piensas de eso?", "¿qué piensan tus colegas?", etc.

### **Entrevistas estructuradas**

Las entrevistas estructuradas, dado que buscan informaciones específicas, son menos sensibles a recabar otras áreas de información. Su principal ventaja es que pueden proporcionar datos *comparables* entre sujetos y prácticas. Usualmente se realizan utilizando una 'guía de entrevista', que consiste en una lista de preguntas que se suelen formular tal como están escritas. Es fundamental que la selección y formulación de las preguntas de esta 'guía de entrevista' estructurada se base en información obtenida de entrevistas con informantes clave o en entrevistas no estructuradas.

## **Entrevistas de grupo**

Las entrevistas de grupo son diferentes de los grupos focales: en estos, el objetivo es generar una discusión entre el grupo (ver apartado **3.4.2**, página 46). En cambio, en las entrevistas de grupo un entrevistador hace preguntas a varias personas, que responden correlativamente de forma individual. Las entrevistas de grupo también pueden ser estructuradas o no estructuradas.

Debido a la naturaleza del uso de sustancias, las entrevistas de grupo son más apropiadas para hacer preguntas sobre un hecho concreto, en vez de pedir ejemplos basados en la experiencia personal. Un ejemplo de pregunta sobre hechos concretos sería: “¿con qué frecuencia véis a personas con sobredosis?”. La calidad de los datos generados sobre las percepciones y conductas de riesgo no es tan útil como la de las entrevistas personales.

## **Recomendaciones prácticas**

- Se debe explicar los objetivos de la entrevista y para qué va a ser utilizada la información que surja de ella, sin crear falsas expectativas, promesas irreales o generar ideas erróneas acerca de los objetivos de las entrevistas para obtener la colaboración del entrevistado.
- Es necesario crear y explicitar las reglas de funcionamiento del grupo. Debe aclararse que se trata de una reunión de trabajo y que las personas que lo dificulten deberán abandonar la sesión. Asimismo se debe respetar la palabra del otro, no descalificar ni interferir el propósito de la reunión. Si alguna persona está en estado de intoxicación por una u otra sustancia y ello le impide colaborar es necesario invitarla a abandonar la reunión. Es de utilidad crear estas reglas en la primera reunión en colaboración con los participantes y tenerlas por escrito para futuras reuniones.
- Las entrevistas son confidenciales: es importante ser cuidadoso con la utilización y difusión a terceros de las informaciones surgidas de las entrevistas. Del mismo modo las entrevistas que han sido transcritas y/o las notas que el entrevistador ha tomado durante la entrevistas, deben evitar revelar la identidad del entrevistado. Se recomienda el uso de seudónimos, números o iniciales para identificar a los entrevistados.
- No se deben influir las respuestas al formular las preguntas. Las preguntas que se hagan deben ser neutrales.
- No se debe influir en las respuestas con actitudes y comportamientos.
- Siempre se debe tratar de profundizar en las entrevistas. No se debe conformar con respuestas superficiales ni cambiar rápidamente de un tema a otro. Tampoco se debe interrumpir al entrevistado cuando está hablando. Hay que tratar siempre de obtener respuestas detalladas. Se recomiendan frases como: *¿Cómo así?*, *¿Cómo te sentiste cuando pasó eso?*, *¿Qué piensas / pensaste?*, etc.
- Para aclarar lo que se cree haber entendido puede realizar preguntas aclaratorias: *“si comprendo bien quieres decir que...”*.

- Si el entrevistado realiza preguntas que pueden modificar su opinión se puede usar la técnica del ‘rebote’. Por ejemplo: -Entrevistado *¿los profesionales también consumen drogas?* -Entrevistador *¿Qué cree usted?*
- Se debe tener paciencia. No es necesario preguntar y hablar constantemente durante la entrevista, pues lo más importante es extraer información, no introducirla. Es importante crear pausas para permitir la reflexión. También las pausas permiten generar mayor confianza y elaboración de contenidos en el contexto de la entrevista.
- Siempre deben anotarse las condiciones de la entrevista. Debe registrarse la hora de inicio y final de la entrevista, quién estaba presente y el o los nombres (o seudónimos) de los entrevistados.

### **3.4.2.- GRUPOS FOCALES**

Los grupos focales consisten usualmente en reuniones de personas que comparten experiencias comunes o tienen un determinado conocimiento especializado y relevante para los objetivos que buscamos. Son útiles para obtener información específica y detallada de varias personas al mismo tiempo y a un costo relativamente bajo. Los grupos focales son diferentes de las entrevistas de grupo: su objetivo es generar una discusión entre los participantes, mientras en las entrevistas de grupo los participantes responden a las preguntas de manera individual. El número óptimo de participantes en un grupo focal es de siete a nueve personas.

#### **La información de los grupos focales**

Al igual que las entrevistas, los grupos focales pueden proporcionar información descriptiva sobre la *naturaleza* del uso de sustancias, percepciones individuales y grupales de los *significados* que se asocian con el uso de drogas y las conductas de riesgo, y datos sobre los *factores contextuales* que influyen en la reducción del riesgo y en los cambios en los comportamientos. También son *métodos exploratorios* útiles para obtener informaciones sobre temas que se conocen poco y para ayudar a *planear* y *diseñar* las guías de las entrevistas.

Debido a que los grupos focales estimulan la discusión entre los participantes, también pueden ofrecer información sobre *cómo* los participantes interactúan y hablan sobre el uso de sustancias y sus daños asociados. Esto significa que el grupo focal no sólo es útil para obtener diversas opiniones sobre un tema al mismo tiempo, sino que puede ofrecer ideas sobre las *percepciones* y diferencias de grupo con respecto a las normas y valores sobre el uso de sustancias. Este podría ser el caso cuando el grupo focal es un grupo “natural”, de personas que ya se conocen entre sí, como un grupo de usuarios de heroína que conviven en una misma zona.

#### **Utilización de los grupos focales**

La norma general para seleccionar a los participantes en un grupo focal es sencilla: escoger a las personas que probablemente nos podrían proporcionar información de gran utilidad y relevancia práctica, procurando que incluyan el máximo de variabilidad propia al grupo que representan (sociodemográfica, cultural, etc.)

### ¿Cuándo usar los grupos focales?

Los grupos focales podrían cumplir tres grandes funciones:

- *Explorar* temas sobre los cuales se conoce poco
- *Validar los hallazgos que vayan surgiendo* en una investigación y las hipótesis de otras fuentes de información y métodos
- *Verificar la validez de conclusiones y opiniones* que se extraigan de otras fuentes de información y métodos.

En general, los grupos focales tienden a jugar un papel exploratorio al comienzo, y un papel de validación y control cruzado durante y al final del proceso

### La conversación

Igual que en las entrevistas, es importante facilitar el flujo de conversación en los grupos focales. Esto se logra generalmente introduciendo un tema amplio para la discusión y después facilitando la discusión del grupo mediante el uso de frases y preguntas generadoras como “¿por qué así?”, “¿me puedes decir más sobre eso?” o “¿tú también estás de acuerdo con eso?”.

Dado que los grupos focales se orientan a generar *discusión* entre los participantes sobre un tema, cada grupo focal debe centrarse en un número limitado de temas a abordar (máximo de cuatro o cinco). Por ejemplo: las prácticas de riesgo y sus percepciones; reglas y normas de consumo del grupo; acceso y obstáculos para conseguir jeringuillas.

### Sugerencias

- Incluir participantes que comparten experiencias o conocimientos
- Utilizar el GF para generar discusiones exploratorias sobre un tema
- Conducir hábilmente la conversación para poder mantener la discusión
- Cuando sea necesario, pedir al grupo que comparen puntos de vista y opiniones
- Concentrarse en temas de utilidad práctica para los objetivos
- Tomar notas durante y después de la entrevista sobre los puntos clave.

### Participantes

Dada la naturaleza potencialmente sensible del tema a abordar, se debe prestar cuidadosa atención a los participantes en el grupo focal. Con los usuarios de sustancias en particular hay que tener especial cuidado en la conformación del grupo en términos de género, sexualidad, origen étnico, antecedentes religiosos y características del uso de sustancias. Con los profesionales en salud, es igualmente importante considerar cómo la mezcla del grupo puede influir en la calidad de la información que se produzca. Será importante determinar si las diferencias entre los antecedentes y opiniones de los participantes contribuirán o perjudicarán la producción de informaciones de utilidad.

### **3.4.3.- OBSERVACIONES**

Las observaciones se dirigen a brindar al equipo una comprensión de primera mano sobre los significados y contextos de las conductas. Es una técnica de recolección de información que se basa en la observación directa y sistemática de un determinado fenómeno en un espacio y tiempo determinado. Se apoya en la construcción de mapas o representaciones gráficas del territorio y anotaciones que se incluyen en una libreta llamada *diario de campo*, en el cual el observador describe sus observaciones y reflexiones.

Las observaciones aportan información descriptiva útil para apreciar cómo y por qué ocurren determinadas conductas, y los factores que las influyen, en entornos específicos. Las observaciones también sirven para obtener datos descriptivos sobre los factores contextuales que influyen en la viabilidad e implementación de las intervenciones.

#### **Uso de las observaciones**

Las observaciones pueden utilizarse como actividades únicas o combinadas con otras técnicas, como las entrevistas y grupos focales. Es de utilidad llevar a cabo las entrevistas en lugares donde también se pueden obtener observaciones útiles.

El papel de las observaciones en el análisis de la situación es doble. En primer lugar sirve para complementar otras informaciones descriptivas obtenidas mediante entrevistas y grupos focales, y en segundo lugar tiene el fin de validar y realizar un control cruzado de las conclusiones provisionales.

En las primeras etapas del proceso, las observaciones pueden ayudar a identificar las áreas o ambientes clave de potencial interés para las valoraciones específicas, así como a lograr una comprensión del contexto local del uso de sustancias y las prácticas de riesgo. Esto podría implicar, por ejemplo, realizar observaciones en lugares previamente seleccionados, como zonas de venta y consumo de drogas.

#### **Técnicas de observación**

##### ***Observaciones estructuradas***

Se realizan durante el análisis de la situación y después de que el equipo haya decidido el tipo de observaciones e información que tendría mayor relevancia práctica. Estas observaciones se orientan a observar determinadas conductas en lugares y momentos específicos. Existen tres tipos de observación estructurada: “prolongadas”, “puntuales” y “de control del lugar”.

##### ***Observaciones prolongadas***

Se trata de observaciones continuas y detalladas realizadas en un lugar o actividad específicos en el tiempo. Un ejemplo podrían ser las observaciones continuas en un programa de intercambio de jeringuillas. Al hacer observación sistemática durante un largo tiempo, será posible describir la extensión y naturaleza de los contactos hechos por el servicio de salud, la extensión y naturaleza de los servicios proporcionados, las interacciones y respuestas entre los usuarios de sustancias, y los factores que influyen en la organización del servicio.



### *Observaciones puntuales*

Son observaciones de la conducta realizadas por períodos predeterminados de tiempo (por ejemplo, dos horas cada dos días). Estas pueden consumir menos tiempo que las observaciones extendidas, ya que se orientan a ‘muestrear’ los períodos en que ocurren las observaciones.

### *Observaciones de control del lugar*

Son generalmente observaciones únicas en un determinado lugar o actividad. Pueden hacerse como práctica exploratoria para recabar nuevos datos sobre un lugar o conducta determinada o para verificar la validez de las informaciones existentes. Un ejemplo sería llevar cabo un control del lugar inmediatamente antes o después de una intervención de distribución de jeringuillas, para observar cómo está impactando el programa en ese entorno.

### **Observaciones no estructuradas**

Se realizan al comienzo de procesos como el mapeo del territorio. Son útiles para identificar lugares o ambientes clave, o informaciones sobre conductas de especial interés. Un ejemplo sería realizar observaciones de los lugares clave de una zona donde se reúnen usuarios de sustancias y de los ambientes donde se produce el uso de sustancias. Al mismo tiempo que se observa, también podría ser posible efectuar entrevistas informales con informantes potenciales claves del área. Esto puede ayudar al ‘mapeo’ de áreas clave relevantes para valorar la situación inicial.

## **3.5.- CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN**

Llegados a este punto, hemos de hacer expresos los siguientes aspectos definitorios del proceso de la investigación:

### ➤ **Recursos del proyecto:**

- Definición de los **recursos humanos** o composición del equipo investigador del proyecto, identificando a sus miembros [nombre completo, titulación, centro de trabajo y cargo];
- Los **recursos materiales** de que dispone el equipo para la investigación (local de trabajo / sede social, equipamiento informático y/o de oficina, equipamiento de comunicaciones, medios de grabación, de desplazamiento, etc.), para poder especificar más adelante, en el presupuesto, los gastos añadidos en material necesarios para la investigación;
- **Medios económicos** de que dispone el equipo u organización para llevar adelante el proyecto propuesto. Si se tratara de obtener algún tipo de subvención, se trataría de consignar la cantidad o proporción del presupuesto aportada por la organización, a lo que seguiría la indicación de la cantidad o proporción del presupuesto solicitada como subvención.

### ➤ **Calendario de trabajo**

Explicaremos en qué etapas se dividirá el proceso de la investigación, y las actividades a llevar a cabo en cada una de ellas, con una temporalización razonable y contrastada. Convendrá añadir un margen de tiempo para poder solventar circunstancias imprevistas (ejemplo: ausencias por enfermedad).

➤ **Esquema (provisional) del informe final**

Si tenemos una idea aproximada de cómo se podría estructurar el texto resultante de la investigación, podemos aportar un índice orientativo del que sería informe final de nuestro trabajo, explicando brevemente cuál habría de ser el contenido de cada uno de los apartados.

**3.6.- PRESUPUESTO**

Si vamos a iniciar una investigación que implique un monto importante de desembolsos, convendrá que planifiquemos los gastos para que no haya sorpresas desagradables. Esto será aún más necesario si vamos a solicitar una subvención, pues tendremos que justificar hasta el último de los gastos para los que pedimos dinero. El presupuesto ha de ser cabal, ajustado al propósito y ordenado; conviene tener mucho cuidado en calcular los precios y retribuciones según valores reales de mercado. Los apartados básicos de la estructura de un presupuesto serán:

<b>CAPÍTULOS</b>	<b>CONCEPTOS</b>
<b>1 Gastos de personal</b>	Sueldos y otras retribuciones
<b>2 Gastos de material</b>	Equipamientos Materiales de apoyo, fungibles Materiales bibliográficos hemerográficos en otros soportes
<b>3 Gastos de desplazamiento</b>	Viajes y dietas
<b>4 Infraestructura administrativa</b>	Gastos de local Comunicaciones Personal no investigador (secretaría, traducción, etc.)
<b>5 Imprevistos</b>	Cantidad fija, o proporción entre 5-10% de la suma de los apartados anteriores
<b>6 Presupuesto total</b>	Suma de todos los apartados anteriores
<b>7 Cantidad solicitada</b>	Importe, igual o menor al presupuesto total, solicitado como subvención (si procede)

### 3.7.- BIBLIOGRAFÍA

Se ha de adjuntar un listado de bibliografía básica en la que se apoyará la investigación; para el informe final se podrá aumentar el aporte bibliográfico. Las referencias bibliográficas han de cumplir criterios unificados de formato, y tienen que ser completas. Existen diversas formas de citación bibliográfica, pero en ciencias de la salud es más conveniente seguir las *normas Vancouver*.

#### CITAS BIBLIOGRÁFICAS según las *Normas Vancouver para revistas biomédicas*:

##### **LIBROS:**

###### **dos autores personales:**

- Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany NY: Delmar Publishers; 1996.

[si procede, tras los nombres: *ed.* (editor), *coord.* (coordinador), *comp.* (compilador), etc.]

###### **colectivo, varios autores:**

- VVAA. Extranjeros en el paraíso. Barcelona: Virus; 1994.

###### **institución / organización que consta como autora:**

- US Institute of Medicine. Looking at the future of the Medicaid program. Washington DC: The Institute; 1992.

##### **ARTÍCULOS:**

###### **en revista:**

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann. Intern. Med.* 1996 Jun 1; 124(11): 980-983.

###### **(*et al.*: cuando son más de seis autores):**

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov F et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5-year follow-up. *Br. J. Cancer* 1996; 73: 1006-1012.

###### **capítulo de libro:**

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, eds. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management*. 2nd ed. New York NY: Raven Press; 1995. pp. 465-478.

###### **en actas de un congreso:**

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, eds. *MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics*; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. pp. 1561-1565.

**Nota:** Muchas revistas suelen especificar en cada artículo cómo citar su referencia.

## 4.- REVISIÓN

Requisitos que han de estar resueltos al finalizar el diseño del proyecto:

- El problema en estudio se ha identificado y formulado por escrito
- Consultada la bibliografía sobre el tema, e identificadas las posibles relaciones teóricas generales.
- Formulados por escrito los objetivos o propósitos de estudio
- Identificadas por escrito las preguntas generales que el estudio habrá de contestar
- Establecidos los métodos más apropiados para realizar el estudio
- Establecido el diseño de instrumentos para obtener la información
- Consultada la bibliografía para determinar las definiciones operacionales a utilizar, y en caso necesario, se han elaborado operativamente las definiciones
- Identificadas las posibles limitaciones que existen para realizar el estudio, para generalizar sus resultados y/o para incorporar estos en un plan de acción
- Considerados los procedimientos para analizar la información obtenida
- Plan para preparar a los responsables de recoger la información
- Identificados los líderes, personas clave y elementos significativos para obtener ayuda y asegurar la colaboración de los participantes y la veracidad de su información
- Estimación apropiada de posibles costos en que se incurrirá durante el estudio
- Compromiso de uno o más consultores que proporcionarán asesoría desde sus respectivos campos de acción.

ESQUEMA BÁSICO DEL DISEÑO DE PROYECTO:

- 1.- Propósito de la investigación.
- 2.- Justificación.
- 3.- Marco teórico-conceptual.
- 4.- Planteamiento del problema  
Hipótesis.
- 5.- Objetivos:                    generales  
  específicos.
- 6.-    Ámbito general de la investigación  
      Ámbitos:    espacial  
                    temporal  
                    unidad/es de análisis  
                    unidad/es de observación.
- 7.-    Metodología:            general  
                                      técnicas.
- 8.-    Planificación:        Recursos del proyecto  
                                    Calendario de trabajo  
                                    Esquema (provisional) del informe final.
- 9.-    Presupuesto.
- 10.-   Bibliografía.

## 5.- DIEZ PRINCIPIOS RECTORES DEL DESARROLLO DE INTERVENCIONES EFICACES EN SALUD PÚBLICA (FINAL)

### 1. Una intervención eficaz requiere una evaluación sólida

Las intervenciones eficaces se basan en una evaluación sólida. La guía IDU-RAR proporciona los medios técnicos para valorar y desarrollar intervenciones de salud pública asociadas con el uso de sustancias. La evaluación rápida es un componente integral del desarrollo de la respuesta y la intervención. Se deben usar los diez principios aquí esbozados de una intervención eficaz en salud pública para guiar la evaluación.

### 2. Las intervenciones eficaces requieren un enfoque escalonado y jerárquico

Una respuesta de salud pública pone énfasis en la necesidad de que las intervenciones se centren en la reducción y prevención de los factores de riesgo, especialmente entre las poblaciones que están más en riesgo. El supuesto subyacente es que es *rentable* prevenir las consecuencias adversas para la salud entre las poblaciones en riesgo *antes* de que ocurran el daño o la enfermedad y *antes* de que se requieran intervenciones de tratamiento.

Por lo tanto, las intervenciones eficaces adoptan un enfoque escalonado hacia el cambio de conducta. Combinan la prevención ordinaria (por ejemplo, la prevención del uso de sustancias) con la prevención secundaria (por ejemplo, la prevención de las conductas de riesgo entre los usuarios de sustancias) y la prevención terciaria (por ejemplo, la prevención de enfermedades entre usuarios de sustancias VIH positivos). A nivel local, las intervenciones podrían adoptar una *jerarquía* de fines y objetivos, que van desde la prevención regular del uso de sustancias y de las conductas de riesgo asociadas hasta la educación sobre los daños relacionados con el continuado uso de sustancias y conductas de riesgo (prevención secundaria), hasta el tratamiento y cuidados asociados con los problemas relacionados con el uso de sustancias (prevención terciaria).

Una respuesta rápida a los emergentes problemas de salud pública podría requerir dar prioridad inmediata o mayor a la educación en salud pública (prevención secundaria), al mismo tiempo que desarrolla intervenciones sobre prevención, tratamiento y cuidados.

#### **Las intervenciones eficaces adoptan un enfoque escalonado a fin de:**

- aumentar la conciencia de los usuarios de sustancias sobre los riesgos y daños
- reducir los riesgos y daños a la salud asociados con el uso de sustancias
- proveer tratamiento y cuidados a los usuarios de sustancias
- estimular reducciones en el uso de sustancias y conductas de riesgo
- estimular el cese del uso de sustancias y de las conductas de riesgo.

En el contexto de la infección del VIH asociada con el uso de drogas por vía inyectable, por ejemplo, eso significa que las intervenciones podrían ser clasificadas en una jerarquía que va desde la reducción del riesgo (es decir, cambiar las conductas de riesgo) hasta la eliminación del riesgo (es decir, abstenerse de usar drogas por vía inyectable).

### **3. Las intervenciones eficaces requieren un enfoque pragmático**

Las intervenciones eficaces necesitan un enfoque *pragmático*. Un enfoque de salud pública pone énfasis en la importancia de responder rápidamente, a fin de prevenir riesgos y daños de salud asociados con el uso de sustancias. Como vimos antes, esto podría requerir que a la reducción del riesgo asociado con el uso de sustancias se le dé mayor o inmediata prioridad que a la misma prevención del uso de sustancias. Los enfoques pragmáticos subrayan la *necesidad práctica* –por ejemplo, la prevención de la epidemia de VIH y la reducción de la transmisión del VIH. Las políticas e intervenciones sobre uso de drogas no son intrínsecamente “buenas” o “malas”, sino que son juzgadas sobre la base de cómo afectan al nivel de problemas de salud asociados con el uso de sustancias.

### **4. Las intervenciones eficaces requieren estrategias múltiples e integradas**

Las respuestas de salud pública se centran en múltiples niveles, incluyendo los estilos de vida individuales, la provisión de los servicios de salud, el contexto social inmediato, y los ambientes social más amplio, y de las políticas públicas.

#### **Estrategias de cambio de conducta**

##### **CAMBIO INDIVIDUAL (contexto interpersonal)**

El cambio de conducta se ve influido por la *conciencia y creencias* de los individuos sobre los riesgos para su salud, por sus *intenciones y motivaciones* para cambiar su conducta, y por la *capacidad* que tienen para efectuar cambios de conducta.

##### **CAMBIO SOCIOCOMUNITARIO (contexto social y cultural)**

Los intentos individuales por cambiar la conducta se ven influidos por las opiniones y acciones de los *grupos sociales* a los cuales pertenecen los individuos, y por los *ambientes sociales* en los cuales ocurren el uso de sustancias y las conductas sexuales. Las normas del grupo de pares, por ejemplo, influyen en la manera en que las personas se conducen.

##### **CAMBIO DE POLÍTICAS Y DEL AMBIENTE (contexto estructural)**

La eficacia de las intervenciones cuyo objetivo es el cambio a nivel individual y social se ven influidos por el más amplio contexto político, legal y estructural. Allí donde existan leyes que castiguen las drogas o una dependencia rígida en la *abstinencia* del uso de drogas, por ejemplo, podría ser difícil desarrollar respuestas de *salud pública* o intervenciones de *reducción del riesgo*. Asimismo, allí donde existan restricciones sobre los *recursos en salud* podría haber mayores dificultades para estimular el cambio de conducta, sobre todo si se da en el contexto de aplicación de enfoques policiales en el caso de prácticas específicas de uso de sustancias y conducta sexual.

La necesidad de promover el cambio a los niveles individuales, de los servicios, de las comunidades, de los ambientes y de las políticas son *principios subyacentes* básicos de una intervención eficaz. La Organización Mundial de la Salud reconoce que estos principios forman la base desde la cual se desarrollan las respuestas de salud pública, y están descritos en la *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud* (OMS, 1986) y *Salud para Todos en el año 2000* (OMS, 1985). Estos principios que rigen el cambio de conducta deben ser aplicados a todos los problemas de salud, incluyendo los relacionados con el uso de sustancias, conducta sexual y VIH/SIDA.

Por lo tanto, las intervenciones eficaces a nivel local consisten en un 'paquete' de intervenciones integradas.

### **Intervenciones integradas**

La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud eficaces dependen de una respuesta integrada a los niveles individual, social, político y ambiental. Esta se dirige a promover la salud a través de:

- cambio de conducta individual
- mejoras en la provisión de los servicios en salud
- desarrollo de intervenciones orientadas hacia la comunidad
- desarrollo de políticas públicas y de salud solidarias y
- cambios en el ambiente legal, social y político.

Una respuesta de salud pública toma en cuenta la manera en que estos factores interactúan.

#### **5. Las intervenciones eficaces ofrecen los medios para el cambio de conducta**

Es probable que las intervenciones que tienen como objetivo el cambio de conducta individual sean más eficaces si proporcionan a las personas tanto el conocimiento como los medios para modificar su conducta.

#### **El estímulo del cambio de conducta individual – conocimiento y medios**

- aumentar la conciencia sobre los riesgos de salud y los métodos para reducir los riesgos
- fomentar las creencias e intenciones que apoyen la reducción del riesgo
- proporcionar los medios prácticos para el cambio de conducta
- desarrollar destrezas personales para facilitar la reducción del riesgo y el cambio conductual.

Ofrecer solamente la información no es adecuado. Los individuos deben estar en posición de actuar con base en el conocimiento que tienen. Por eso, las intervenciones deben proporcionar los *medios prácticos* para el cambio de conducta (como son condones, agujas, jeringuillas y tratamiento por problemas de drogas).

Por ejemplo, la distribución y el intercambio de jeringuillas limpias para los usuarios de drogas por vía inyectable constituye la piedra angular de la prevención del VIH en muchos países. Existen muchas variedades de intercambio de jeringuillas. Estas varían dependiendo de si se basan en organizaciones (por ejemplo, con base en proyectos sociocomunitarios sobre drogas, servicios de salud o farmacias), si no se basan en organizaciones (por ejemplo, si las proporcionan servicios de calle o ambulantes); del equipo que se proporciona (por ejemplo, agujas, jeringuillas, filtros de algodón, cucharitas o tapones para mezclar, agua esterilizada); de los servicios brindados (por ejemplo, los servicios de intercambio de jeringuillas pueden también ofrecer educación, tratamiento y cuidados); y de las normas para la distribución, intercambio y desechado de jeringuillas (por ejemplo, si las jeringuillas usadas se devuelven, y el número de jeringuillas limpias que se distribuyen).

Las intervenciones de salud pública también deben ayudar a que los individuos desarrollen *destrezas personales*, que les permitan efectuar cambios conductuales (por ejemplo, tener la capacidad para negociar el uso del condón). Las poblaciones objetivo claves para el desarrollo de destrezas personales a fin de evitar la transmisión del VIH incluyen:

- usuarios de sustancias que necesitan los conocimientos y los medios para evitar riesgos de salud
- los compañeros sexuales de los usuarios de sustancias que necesitan los conocimientos y los medios para mantener la reducción del riesgo en sus relaciones
- los trabajadores de salud que necesitan los conocimientos y medios para ofrecer servicios eficaces de prevención y ayuda a los usuarios de sustancias
- la comunidad en general que necesita los conocimientos y medios para crear un ambiente favorable a las iniciativas de prevención y cuidados en salud para los usuarios de sustancias.

### **6. Las intervenciones eficaces requieren cambios en la provisión de servicios**

Mejorar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios en salud es un aspecto fundamental del desarrollo de intervenciones eficaces y pragmáticas.

#### **Las intervenciones eficaces exigen disponibilidad y accesibilidad de los servicios**

Los estudios sobre intervenciones con usuarios de sustancias muestran que las respuestas de salud pública eficaces:

- hacen que los servicios estén *disponibles* para los usuarios de sustancias
- hacen los servicios *accesibles* para los usuarios de sustancias
- ofrecen servicios que son “*amigables*”
- trabajan con personas que *continúan usando sustancias ilegales*
- desarrollan *vínculos estrechos* con los grupos locales de usuarios de sustancias
- involucran a estos usuarios en la *planificación y desarrollo* de los servicios
- combinan los enfoques de *reducción del riesgo, prevención y tratamiento*.

Entre los factores determinantes de una provisión eficaz de los servicios están la *disponibilidad* y la *accesibilidad*. Primero, los servicios deben estar en capacidad de *establecer relaciones* con las poblaciones objetivo. Segundo, deben estar en capacidad de *conservar las conexiones*. Tercero, deben estar orientados hacia las *necesidades* de salud y de servicios de las poblaciones objetivo. Los ingredientes clave incluyen:

- servicios que sean “*amigables*”
- servicios que tengan restricciones mínimas de ingreso
- servicios que den énfasis a la accesibilidad geográfica
- servicios que den énfasis a la respuesta basada en la comunidad
- servicios brindados tanto a nivel de organizaciones como a otros niveles
- servicios que fomenten la participación e implicación del cliente
- servicios que den énfasis al apoyo sostenido y de largo plazo
- servicios que ofrezcan prevención regular y secundaria y tratamiento
- servicios que sean flexibles al cambio y el perfeccionamiento.



## **7. Las intervenciones eficaces se basan en la comunidad**

Las estrategias de intervención basadas en la comunidad constituyen un medio eficaz para realizar intervenciones. Puede ser que muchas personas afectadas por las consecuencias adversas del uso de sustancias tengan contactos limitados con las organizaciones de salud existentes. Para llegar a las poblaciones más afectadas por el uso de sustancias se requieren métodos innovadores. Una respuesta basada en la comunidad –en la que participen organizaciones locales y enfoques de trabajo callejero no institucionales– es un componente necesario de las intervenciones dirigidas a las poblaciones de difícil acceso, como los usuarios de sustancias.

Uno de los métodos más eficaces para llegar a las poblaciones de difícil acceso de usuarios de sustancias es el ‘trabajo de calle’. Este es un modo de trabajo que no se basa en organizaciones, es un método “de la calle” para llevar intervenciones a las personas que no están en contacto con los servicios existentes. El llamado trabajo de calle generalmente lo realizan trabajadores en salud de la comunidad que tienen fácil acceso a los usuarios de sustancias y tienen capacidad de ofrecer materiales de prevención (p.ej., condones, jeringuillas limpias) y fomentar la reducción del riesgo directamente en la comunidad. Los estudios muestran que el trabajo callejero puede ser un método eficaz para contactar con usuarios de sustancias que no han tenido contacto, o han tenido un contacto irregular con los servicios de salud, y que el trabajo callejero puede ser un medio eficaz para ofrecer servicios de prevención, promoción de la salud y, hasta cierto punto, de tratamiento. Los estudios también indican que los ex usuarios y usuarios actuales de sustancias bien podrían ser quienes hagan el trabajo de calle de manera particularmente eficaz, ya que tienen acceso y credibilidad entre las poblaciones objetivo.

### **Las respuestas comunitarias son ideales para llegar a los usuarios de sustancias**

Las estrategias innovadoras de selección y comunicación son utilizadas para entrar en contacto –y mantenerlo– con usuarios de sustancias. Los usuarios de sustancias a menudo permanecen ‘ocultos’ para los actuales servicios de organizaciones benéficas. Una estrategia basada en la comunidad provee los medios para llegar a los usuarios de sustancias directamente en la comunidad y se dirige a proporcionar servicios “amigables”, en respuesta directa a las necesidades de salud y de servicios de los usuarios de sustancias.

Una respuesta basada en la comunidad, especialmente aquella en que participan organizaciones locales y los mismos usuarios de sustancias, también podría aumentar la eficacia de las estrategias para el cambio de conducta. Esto se debe a que la respuesta sociocomunitaria es capaz de ofrecer una red integrada para la provisión de servicios que se dirigen a fomentar el cambio de conducta directamente en la comunidad. Una respuesta basada en la comunidad se dirige por lo tanto a:

- contacto, y seguimiento, con las poblaciones objetivo que son de difícil acceso
- contacto, y seguimiento, con las poblaciones que no tienen o tienen poca relación con los servicios
- fomentar los cambios de conducta directamente en la comunidad
- involucrar activamente a las organizaciones locales, miembros de la comunidad y poblaciones objetivo
- establecer una red integrada de servicios basados en la comunidad.

## **8. Las intervenciones eficaces se orientan hacia la comunidad**

Uno de los aspectos más importantes en el desarrollo de una intervención eficaz es fomentar la participación de la comunidad a nivel local. En salud pública es clave el desarrollo de intervenciones orientadas a generar *cambios a escala social* en las respuestas, actitudes y conductas relacionadas con el uso de sustancias.

Una respuesta así orientada fomentará la participación activa de los miembros claves de la comunidad local: incluyendo los usuarios de sustancias, las personas afectadas por el uso de sustancias, organizaciones de salud, bienestar y derechos humanos, grupos comunitarios de defensa, representantes de las autoridades y grupos religiosos. Ayuda a crear condiciones favorables al desarrollo de eficaces intervenciones de salud pública y de cambio de conducta.

Las intervenciones orientadas hacia la comunidad podrían seleccionar a miembros de una comunidad en general (por ejemplo, fomentando cambios de actitud hacia el uso de sustancias), a una comunidad en particular (por ejemplo, los usuarios de drogas por vía inyectable), a localidades geográficas específicas (por ejemplo, una determinada comunidad rural), o una combinación de todos éstos.

Una respuesta orientada hacia la comunidad tiene dos dimensiones claves. La primera es provocar cambios en las normas sociales asociadas con el uso de sustancias y las conductas de riesgo. Estas intervenciones se dirigen a estimular un sistema ‘de abajo hacia arriba’ de apoyo y participación de los pares entre las comunidades afectadas, con el fin de facilitar cambios a escala social en las creencias y conductas relacionadas con el uso de sustancias.

Por ejemplo, el trabajo callejero lo llevan a cabo los usuarios o ex usuarios de sustancias entre sus pares. Es una forma de educación de los pares por extensión. La evaluación muestra que con los proyectos de trabajo callejero de los pares se pueden hacer más contactos que con proyectos campo en los cuales no participan los pares. Este sería particularmente el caso si se promueve que cada usuario de sustancias contactado por el proyecto pase la información y la educación a sus pares. Así, el trabajo callejero de los pares puede facilitar una ‘multiplicación’ en la reducción del riesgo, a través de los grupos de pares de los usuarios de sustancias, lo cual a su vez puede estimular cambios por *mediación del grupo* o a escala “*comunitaria*” entre redes sociales enteras de usuarios de sustancias.

### **La participación social fomenta los cambios de conducta de la comunidad**

Las creencias y conductas de las personas están moldeadas por normas sociales de conducta y sociales más amplias, las cuales influyen en las percepciones de lo que constituye una conducta aceptable o “normal”. La participación de la comunidad entre las mismas comunidades afectadas se dirige a estimular una respuesta impulsada por los pares hacia el cambio de conducta. Esto a su vez busca estimular cambios a escala social o de grupos en la conducta hacia normas que son favorables a la reducción del riesgo y desalientan las conductas de riesgo. Ejemplos de intervenciones orientadas hacia la comunidad entre los usuarios de sustancias incluyen proyectos de educación de pares, grupos de auto-ayuda y grupos o asociaciones de usuarios para la acción colectiva.

La segunda dimensión de una respuesta orientada hacia la comunidad es involucrar a miembros claves de la comunidad y representantes de organizaciones locales en las iniciativas de evaluación e intervención rápida. En este caso, la participación de la comunidad se dirige a facilitar una evaluación y respuesta que será definida, planeada y organizada por las mismas comunidades afectadas. A nivel local, una respuesta orientada hacia la comunidad que involucre y trabaje activamente con la comunidad puede resultar más eficaz que una respuesta que no fomente la participación y organización social.

Por lo tanto, una respuesta orientada hacia la comunidad se dirige a:

- fomentar cambios a escala social en las actitudes hacia el uso de sustancias
- fomentar cambios a escala social en las conductas de uso de sustancias
- introducir o fortalecer las intervenciones que fomenten el cambio de conducta grupal entre los usuarios de sustancias (tales como la educación de pares, la auto-ayuda o los grupos de acción colectiva)
- estimular o fortalecer la participación activa de miembros y usuarios de sustancias de la comunidad local en la planificación y organización de respuestas
- fomentar la participación de organizaciones sociales nuevas o existentes en la planificación y organización de respuestas

### ***9. Las intervenciones eficaces requieren cambios del ambiente social y político***

El éxito relativo de las intervenciones depende hasta cierto punto de los ambientes sociales y políticos en los cuales ocurren las intervenciones y las conductas de riesgo. Sería erróneo asumir que sólo seleccionando a los individuos, las intervenciones necesariamente van a crear las condiciones sociales requeridas para un cambio de conducta. Las acciones individuales y sociales operan dentro de los límites del más amplio ambiente social y político. Las intervenciones de salud pública, por lo tanto, necesitan la ayuda de aquellos que pueden influir en las políticas públicas (por ejemplo, funcionarios gubernamentales de salud) y ambientes locales favorables a la reducción del riesgo y el cambio de conducta (por ejemplo, los administradores de burdeles).

El enfoque de las intervenciones que promueven el cambio del ambiente puede estar en varios niveles. Esto incluye facilitar mejoras en el “ambiente de los servicios” (por ejemplo, la disponibilidad y accesibilidad de los servicios), en el “ambiente social” (por ejemplo, las actitudes o respuestas locales o sociales ante el uso de sustancias), y en el “ambiente físico” (por ejemplo, vivienda, áreas de prostitución y uso de sustancias).

El ámbito de los cambios de ambiente coincide con la necesidad de cambios a nivel de la comunidad y políticos, y recalca la importancia de buscar cambios en los diversos factores que influyen en las creencias y conductas de los individuos y en la eficacia de las intervenciones dirigidas al cambio de conducta.

## **10. Las intervenciones eficaces requieren cambios políticos**

A nivel político podría ser necesario buscar apoyo para realizar intervenciones que de otra manera serían vistas como inapropiadas. Por ejemplo, en algunos países existen objeciones políticas al intercambio de jeringuillas. Puede ser que en algunos lugares sea necesario cambiar las leyes a fin de establecer proyectos para la reducción del riesgo (como el intercambio de agujas y jeringuillas). Puede ser que existan restricciones legales para el funcionamiento de organizaciones no gubernamentales, que impidan o limiten el trabajo callejero con los usuarios de sustancias. Por ejemplo, si es contrario a la ley ser un usuario de drogas y ello impide el trabajo callejero en la comunidad y la identificación y trabajo con personas que se inyectan drogas, entonces podría haber consecuencias negativas tanto para la persona que se inyecta como para la que realiza el trabajo callejero. Puede ser también que existan leyes contra la distribución de condones, o prohibiciones religiosas sobre su uso.

Por lo tanto, las políticas públicas influyen en las consecuencias adversas del uso de sustancias y también en la probabilidad de desarrollar intervenciones eficaces de salud pública. Las evidencias a escala internacional vinculan la prevención de las consecuencias adversas asociadas con el uso de sustancias a desarrollos políticos *pragmáticos* orientados hacia la preservación de la salud pública. Las intervenciones eficaces deben tener como objetivo los cambios en las existentes políticas públicas si éstos impiden la eficacia de las intervenciones en salud o van en contra de la reducción de las consecuencias adversas asociadas con el uso de sustancias.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- Bernard HR. *Research Methods in Anthropology. Qualitative and Quantitative Approaches*. Walnut Creek CA: Altamira Press; 1995.
- Delgado JM - Gutiérrez J. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis; 1995.
- García H. *Manual de investigación aplicada en servicios sociales y de salud*. México DF: La Prensa Médica Mexicana; 1983.
- Scrimshaw SCM, Hurtado E. *RAP: Procedimientos de asesoría rápida para proyectos de nutrición y atención primaria de salud: enfoques antropológicos para mejorar la efectividad de los programas*. Los Angeles CA: UCLA Latin American Center Publications; 1988.
- Sierra Bravo R. *Técnicas de Investigación Social*. Madrid: Paraninfo; 1994.
- World Health Organization - Substance Abuse Department. *IDU-RAR: The Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use* (Stimson GV, Fitch C, Rhodes T, eds.). Genève: WHO; 1998 [draft for field testing].

## **OTRAS REFERENCIAS DE INTERÉS:**

- Agar M. *Ripping and running. A formal ethnography of urban heroin addicts*. New York NY: Seminar Press; 1973.
- Bourgois Ph. *Participant Observation Study of Indirect Paraphernalia Sharing / HIV Risk in a Network of Heroin Injectors*. Washington DC: National Institute on Drug Abuse; 1999. Disponible en: <http://165.112.78.61/CEWG/ethno.htm>
- GRUP IGIA y cols., *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Madrid: PADB Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona - FAD Fundación de Ayuda contra la Drogadicción; 2000.
- Hill CE. *Training manual in medical anthropology* (Special Publ. no. 27). Washington DC: American Anthropological Association; 1991.