

Comunicación contra las drogas

Evaluación de campañas en América



Ediciones CIESPAL

Colección "Encuentros"

Volumen No. 5

Primera Edición:

Diciembre de 1992

Derechos reservados

conforme a la ley

Esta publicación y el seminario al cual se refiere, se realizaron en CIESPAL con los auspicios de OEA/CICAD

Coordinación:

Ann Chisman / Fabiola Montealegre, CICAD

Edgar Jaramillo S.

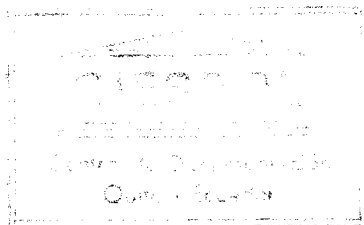
Edición y supervisión: Departamento de Publicaciones

Portada: John Maldonado / Alberto Serret / **abrapalabra**

Impresión: Editorial "Quipus"

Av. Diego de Almagro y Andrade Marín

Quito - Ecuador



INDICE

INTRODUCCION	9
SESION INAUGURAL	31
Discurso del Dr. Asdrúbal de la Torre, Director General de CIESPAL	33
Discurso de la Dra. Anna Chisman, Especialista de la CICAD	37
Discurso del Dr. Gustavo Medina, Procurador General del Estado	39
CAMPAÑAS DE COMUNICACION CONTRA EL ABUSO DE DROGAS	
Trabajo interdisciplinario	43
Evaluación de campañas antidrogas	57
<i>Delicia Ferrando</i> "No a las drogas"	69
<i>María del Carmen Maldonado</i>	

Una buena investigación es la base de toda campaña de mercadeo social	73
<i>Rachel Ladouceur</i>	

Foro	107
-------------------	-----

CAMPAÑAS EDUCATIVAS Y DE PROMOCION DE LA SALUD

Conjunción de esfuerzos	113
<i>Eduardo Ascarrunz</i>	
Campañas de publicidad en los medios de comunicación	121
<i>Asha Kambon</i>	
Evaluación de impacto	135
<i>Héctor Lisandro Vásquez</i>	
Comunicación para la salud infantil	139
<i>Eduardo Contreras Budge</i>	
Evaluación de un proyecto de supervivencia infantil	149
<i>Judith A. McDivitt</i>	
Campañas de responsabilidad sexual en la juventud latinoamericana	173
<i>Max Tello Charun</i>	

Foro

CAMPAÑAS DE COMUNICACION COMUNITARIAS PARTICIPATIVAS

Prevención de la farmacodependencia	223
<i>Martha Mayagoitia</i>	
Hacia una cultura de la prevención integral	231
<i>María Cecilia Castro</i>	
Educación para la naturaleza, Edunat III	239
<i>Marco Encalada</i>	
Campañas basadas en la comunidad	247
<i>Tania A. García</i>	
¿Qué es la prevención integral?	217
<i>Carlos Carvajal</i>	

Hacia una política de comunicación social para la generación de una cultura nacional de la prevención	275
<i>Tobías Ramírez</i>	
Foro	287

CONTEXTOS CULTURALES Y OTROS ASPECTOS FUNDAMENTALES A CONSIDERARSE EN LAS CAMPAÑAS DE COMUNICACION

Intervenciones de:

<i>Teresa Quiroz</i>	291
<i>Luis Rivera</i>	295
<i>Antonio Pasquali</i>	297
<i>Juan Díaz Bordenave</i>	301
Foro	305

PONENCIAS PRINCIPALES

Evaluación de campañas de comunicación educativa: problemas, oportunidades y desafíos	315
<i>Eduardo Contreras</i>	
Foro	345
Evaluación cuantitativa de campañas antidrogas	349
<i>Julio Bejarano</i>	
Foro	377
Alianza por una Florida libre de drogas. La experiencia de Estados Unidos	379
<i>Steve Holub</i>	
La investigación en la formulación de políticas	387
<i>Horacio Walker</i>	

INFORMES

Grupo de Trabajo No. 1	409
Grupo de trabajo No. 2	411
Recomendaciones	412

ANEXO

Lista de participantes	423
------------------------------	-----

EVALUACION DE UN PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL: LECCIONES PARA EVALUAR CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN DEL ABUSO DE DROGAS

*Judith A. McDivitt**
Universidad de Pennsylvania

Este documento hará referencia a algunos aspectos de la evaluación de campañas o programas de comunicación colectiva. Concretamente, describirá el proceso para llevar a cabo una evaluación de impacto de una campaña de comunicación sobre actividades sanitarias en Indonesia, para considerar luego algunas referencias con relación a la evaluación de programas de comunicación colectiva orientados a prevenir el abuso de drogas.

**Judith A. McDivitt, Estados Unidos. Profesora de Investigación y Desarrollo. Escuela de Comunicación Annenberg, Universidad de Pennsylvania. Especialista en Evaluación de Programas de Comunicación.*

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO COMUNICACIÓN Y SALUD (HEALTHCOM) EN JAVA OCCIDENTAL, INDONESIA

En 1984 el gobierno de Indonesia emprendió la ejecución de un programa de salud pública para reducir la mortalidad infantil provocada por afecciones diarreicas, inicialmente en Java Occidental. El Departamento de Salud trabajó con el Proyecto de Comunicación para la Supervivencia Infantil en la preparación del componente de comunicaciones de este programa.¹

El proyecto de Comunicación y Salud, HEALTHCOM, utiliza un método de investigación y desarrollo basado en las disciplinas de mercadeo social, comunicación social, análisis de conducta, diseño de instrucción y antropología, entre otras. La metodología consta de tres etapas importantes, a saber: planificación y desarrollo previos, las intervenciones de comunicaciones propiamente dichas, el control y la evaluación del proceso. La investigación fue un elemento importante en las tres etapas del proyecto de Java Occidental (véase el cuadro 1).²

Antes de iniciar las actividades en Java Occidental, el personal del proyecto trabajó con el Departamento de Salud en la evaluación del problema de las enfermedades diarreicas en Indonesia y en la elaboración de políticas de tratamiento de la diarrea. La política elaborada por el gobierno se concentró en la terapia de rehidratación oral — administración de fluidos y solución de rehidratación oral (ORS), amamantamiento continuo y suministro de alimentos livianos mientras dura la diarrea. Si ésta se agudiza, el niño debe ser llevado al centro de salud para su tratamiento.

Durante la etapa de planificación se llevó a cabo una serie de estudios para que el proyecto pudiera acomodarse a las necesidades concretas de la población destinataria. Para la elaboración del programa de comunicación, y también para la evaluación, revistió especial importancia una serie de reuniones con grupos focales de madres para analizar lo que ellas pensaban acerca de la diarrea y su severidad, cómo trataban los distintos casos de diarrea, qué sabían acerca de la terapia de rehidratación oral y adónde acudían para obtener información sanitaria.³ Algunas de las comprobaciones de este estudio que repercutieron en la estrategia y los mensajes del programa fueron:

Las madres reconocían dos tipos principales de diarrea —diarrea seria y diarrea no seria. La diarrea no seria o "diarrea normal" se obser-

vaba principalmente en los niños menores de 18 meses y se relacionaba con el proceso normal de crecimiento. La diarrea más seria iba de la moderada o "diarrea regular" a la disentería y la diarrea con vómitos.

Los patrones de alimentación generalmente no se modificaban durante los episodios de diarrea no seria en niños menores de 18 meses, pero en los casos de criaturas de más edad, variaba la dieta en favor de alimentos ligeros con verduras.

En general las madres no sabían que a los niños con diarrea debe administrárseles una dosis extraordinaria de líquidos.

Había varias pautas de tratamiento. Muchas mujeres utilizaban medicamentos tradicionales durante varios días, si estos no surtían efecto recurrían a los medicamentos de venta libre (OTC) y, finalmente, acudían al centro de salud. Otras madres comenzaban inmediatamente la administración de OTC y si la diarrea empeoraba concurrían al centro de salud. Sin embargo, en los casos de diarrea con vómitos, las madres acudían inmediatamente al centro de salud.

Otra pieza importante de investigación formativa fue un proyecto experimental. En 1986 el programa sometió a ensayo su estrategia de comunicación y sus mensajes en una comunidad capacitando trabajadores de la salud con un nuevo sistema, transmitiendo mensajes radiales y distribuyendo materiales impresos. Los resultados de la evaluación de esta actividad se utilizaron para examinar el método de las actividades de comunicación cumplidas entre 1988 y 1990.

A medida que los elementos de la campaña cobraban forma se les sometía a prueba extensamente con el público destinatario, inclusive el sistema de capacitación para trabajadores de la salud y voluntarios. Al cabo de un extenso proceso de investigación, diseño y ensayos previos (pre-testeo) se procedió a la preparación de materiales didácticos y cursos de capacitación.⁴ Una vez que la campaña estuvo en marcha, el control y la evaluación constantes proporcionaron información acerca de los resultados de los distintos aspectos del programa, relativamente beneficiosos, permitiendo la introducción de ajustes durante la campaña y una valoración de su repercusión general al final.

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE COMUNICACION

Sobre la base de la nueva política gubernamental y de la investigación previa al desarrollo del programa, se elaboró un programa integrado

con uso de la radio, una película proyectada por el sistema de cine móvil, materiales impresos (carteles, tableros de anuncios, avisos en diarios) y canales de comunicación personal (trabajadores de la salud, personal voluntario y propietarios de tiendas y farmacias pequeñas) para tratar de influir en las madres a fin de que aplicaran un tratamiento correcto para impedir la deshidratación de sus niños. Se determinó que las madres y cuidadoras de niños menores de cinco años constituían el principal público destinatario, porque eran quienes tomaban las decisiones en cuanto al tratamiento de los casos de diarrea desde el comienzo del episodio. Los niños menores de cinco años son los que están en mayor peligro de muerte por deshidratación.

Los principales objetivos en materia de comportamiento fueron:

- . Aumentar la administración de fluidos durante la diarrea,
- . Incrementar la continuidad del amamantamiento y la administración de alimentos ligeros durante la diarrea,
- . Aumentar el uso de ORS durante la diarrea, e
- . Inducir a las madres a procurar un tratamiento más amplio para los casos más serios de diarrea (diarrea con vómitos, disentería o diarrea prolongada).

Todos los canales de comunicación transmitieron los mismos mensajes. Los materiales para radio, cine e impresos utilizaron un popular conjunto folclórico, Kabayan, para difundir el mensaje y la campana de alarma de las aldeas, llamada Kentongan, para atraer la atención de la gente. También se preparó un amplio componente de capacitación a fin de asegurar que los canales interpersonales elegidos por el programa transmitieran el mismo mensaje a las madres. El personal de los centros regionales de salud recibió instrucción especial y luego condujo sesiones de capacitación para voluntarios de las aldeas, utilizando materiales didácticos especialmente preparados y distribuyendo materiales de referencia impresos. Durante la fase experimental del proyecto, se impartió cierta capacitación a los propietarios de tiendas y farmacias pequeñas del área y se les entregó paquetes de solución de rehidratación oral para que las distribuyeran en sus negocios.

Los mensajes cardinales fueron:

- . La diarrea es peligrosa.
- . La diarrea puede provocar la muerte, pero puede hacerse algo para evitar que esto ocurra.

- . La diarrea provoca la pérdida de los fluidos del organismo.
- . Cuatro son los pasos a dar en relación con un niño afectado por diarrea: continuar el amamantamiento, administrarle gran cantidad de líquidos, darle alimentos ligeros y, si la diarrea continúa, administrarle Oralit (ORS).
- . La forma de mezclar y administrar Oralit.
- . Puede obtenerse ayuda o paquetes de Oralit recurriendo al personal voluntario de salud infantil.

EVALUACION DEL PROYECTO

¿Cómo se diseñó la evaluación de impacto de este programa? Afortunadamente, participamos en el proyecto desde su comienzo, antes de la elaboración de las estrategias, de la realización de las sesiones de capacitación y de la difusión de cualquiera de los mensajes por los medios de comunicación colectiva. Esto nos permitió hacer algunos aportes a la preparación del programa, contribuyendo con las conclusiones de nuestras actividades de evaluación. La participación en el proyecto desde el principio también influyó profundamente en el diseño de la investigación. Hizo posible que la reunión de datos se efectuara antes de la campaña, permitiendo así el empleo de un mecanismo de antes/después para evaluar el impacto.⁵ Esto nos proporcionó un diseño de investigación mucho más sólido y nos permitió llegar a algunas conclusiones importantes acerca del programa.

Sin embargo, la participación desde el comienzo también significó que no contáramos con toda la información que hubiéramos deseado respecto del programa. En 1987 y 1988, cuando se diseñó la encuesta básica para la evaluación de las principales actividades de comunicación, conocíamos la política de tratamiento de la diarrea, los públicos destinatarios, los principales canales de comunicación y algo acerca de las sesiones y los materiales de capacitación. Ignorábamos cuáles serían los mensajes específicos o el criterio concreto al cual se ajustaría la campaña. Por esta razón, había un conjunto de variables de conocimiento y exposición de mensajes que no pudieron ser medidos en la encuesta básica.

Además de la oportunidad de efectuar una encuesta previa, otros factores importantes para determinar el diseño de la evaluación fueron los públicos destinatarios, los objetivos de la campaña y las expectativas de

los encargados de ejecutarla en cuanto a las formas de lograr esos objetivos. Otros factores importantes fueron los fondos y el tiempo disponibles para la evaluación y los problemas de validez y confiabilidad de las estadísticas.

El programa se orientó a cuatro clases principales de público. Como se dijo antes, las madres de niños de corta edad constituyeron el principal público destinatario. Empero, los trabajadores de la salud de las clínicas de regionales, el personal voluntario local y los propietarios de tiendas y farmacias pequeñas, además de servir como canales de comunicación con las madres, también fueron escogidos como destinatarios de los mensajes. Se prestó suma atención a la capacitación de los trabajadores de la salud y del personal voluntario, a fin de asegurar que sus conocimientos y comportamiento fueran apropiados. Durante la fase experimental se entabló contacto con los propietarios de farmacias y pequeños negocios locales, pero no se les incorporó al programa más amplio. Sin embargo, al organizar la evaluación no sabíamos que los propietarios de tiendas y farmacias pequeñas no serían incluidos en el programa, de modo que el diseño de la evaluación refleja su función primitiva en el programa.

Los objetivos primordiales en materia de comportamiento ya fueron enumerados en este documento. Esos objetivos y la reducción de la mortalidad por causa de la diarrea que se esperaba obtener, representan los objetivos finales del programa. Sin embargo, el programa tenía muchos objetivos intermedios, como reflejo de los principios teóricos de los diseñadores del proyecto así como de las suposiciones subyacentes acerca de los cambios de comportamiento. Estas incluyen el estar expuesto a los canales de difusión de la campaña, el cambiar el conocimiento sobre el problema en cuestión y el modificar las intenciones de cambiar el comportamiento.

En el cuadro 2 puede apreciarse un modelo básico de las previsiones acerca del funcionamiento del programa. Se esperaba que el sistema de capacitación instruyera a los trabajadores de la salud regionales, quienes informarían a las madres acerca del tratamiento correcto y les entregarían paquetes de Oralit cuando las madres acudieran a consultarlos, y que las madres siguieran sus consejos. Los trabajadores de la salud también capacitarían a voluntarios locales de sus respectivas zonas sanitarias. Se esperaba que esos voluntarios, a su vez, informaran a las madres sobre el tratamiento y distribuyeran entre ellas paquetes de Oralit

cuando ellas les visitaran y que también las instruyeran concretamente en el tratamiento correcto de la diarrea. Se preveía que las actividades del programa, relacionadas con los propietarios de tiendas y farmacias pequeñas, proporcionarían otra fuente de información correcta y de distribución de paquetes de Oralit: se esperaba que cuando las madres acudieran al mercado para comprar medicamentos OTC para la diarrea los propietarios de tiendas y farmacias pequeñas recomendaran el uso de Oralit y de fluidos. Se esperaba que los medios de información colectiva los voluntarios y los propietarios de tiendas y farmacias pequeñas influyeran en las madres. De esta forma las madres, el público destinatario final, estarían expuestas por lo menos a cuatro influencias, a saber: los trabajadores de la salud, los voluntarios, los medios de información y los propietarios de tiendas y farmacias pequeñas.

Trabajar con los ejecutores del programa, con objeto de conocer sus suposiciones y desarrollar un modelo amplio, es solamente un paso preliminar en el diseño de una evaluación de impacto. Es necesario un trabajo más detallado. Cada sección de este modelo puede desdoblarse en pormenores más y más minuciosos hasta obtener un modelo operativo detallado de la forma en que se espera que el programa logre sus resultados.

Un ejemplo de esto se ofrece en el cuadro 3 que describe más pormenorizadamente parte del proceso de cambios previsto en las madres, como respuesta a las actividades de comunicación (aunque aún no con los detalles requeridos para preparar las preguntas concretas de una encuesta de evaluación). A partir de la izquierda, se previó que el programa llegara a las madres (exposición) y fuera comprendido (comprobación mediante los ensayos previos y el control). Se previó que las madres expuestas a los medios de información colectiva y a los canales interpersonales, aprendieran que la diarrea es peligrosa y que ellas debían responder, la forma de hacerlo, dónde obtener Oralit, cómo mezclarlo y administrarlo, y a solicitar ayuda para atender casos más serios. Los planificadores del programa esperaban que la próxima vez que uno de sus niños tuviera diarrea, la madre decidiera tratar el caso administrándole fluidos, Oralit y alimentos, y procurando tratamiento si el caso era serio. Si una madre acudía a una tienda, a un trabajador de salud voluntario o a un centro de salud, recibiría la misma información (administrar fluidos, alimentos y Oralit) y paquetes de Oralit, a menos que el caso fuera serio y exigiera la administración de antibióticos u otros medicamentos. Se esperaba llevar a cabo un esfuerzo separado para

mejorar el sistema de distribución de Oralit, a fin de que estuviera disponible en mayores cantidades en las aldeas, sin costo para las madres.

En este modelo es posible percibir una serie de interrogantes que debe tratar la evaluación. ¿Cambió el comportamiento? ¿Aprendieron las madres? ¿Estuvieron expuestas a los canales de comunicación y a los mensajes? ¿Se llevó a cabo realmente la campaña? Las respuestas a estas preguntas son importantes. Sin embargo, es más interesante y útil, para comprender el programa y tomar decisiones para el futuro, profundizar el examen más allá de estas preguntas básicas.

Por ejemplo si hubo cambio en el comportamiento, ¿cómo se produjo? ¿Cambió conforme al modelo teórico (exposición → conocimiento → comportamiento)? ¿Influyeron los medios de comunicación colectiva directamente en las madres o requirieron apoyo de las fuentes interpersonales para que el conocimiento se tradujera en un comportamiento correcto?

Si no hubo cambio de comportamiento, ¿por qué? ¿No estuvieron las madres expuestas a los mensajes? ¿No aprendieron? En el análisis de Java Occidental comprobamos que las madres estuvieron expuestas, y generalmente adquirieron conocimientos correctos, pero su comportamiento no varió significativamente. Una explicación se refirió a la apreciación de la severidad del caso por parte de las madres. Aunque las madres podían responder correctamente a las preguntas atinentes a los peligros de la diarrea regular, a la necesidad de los fluidos y a la importancia del Oralit, si consideraban que su hijo “no estaba enfermo en absoluto” durante el último caso de diarrea, se inclinaban a no tratar el caso en modo alguno (no administraban medicamentos ni modificaban los patrones de alimentación o ingestión de bebidas).

Esto sugiere que durante el año de funcionamiento del programa no se logró establecer el vínculo entre el aprendizaje y la decisión de tratar el caso. Quizá un año no sea suficiente para cambiar el comportamiento (el cual es notoriamente difícil), quizá el programa deba tratar este problema de manera diferente, o quizá el conocimiento de esta índole no modifica las intenciones de brindar tratamiento. Esta conclusión pone en evidencia una serie de aspectos que acaso sea deseable tratar en futuros programas cuyo objetivo sea la modificación del tratamiento de la diarrea.

Otra pregunta importante es si otros factores influyeron en la ausencia de cambios en el comportamiento. El modelo del cuadro 4 es incompleto en cuanto solamente muestra los efectos directos previstos de las actividades del programa. No incluye los factores circunstanciales que pueden ayudar o entorpecer el comportamiento correcto de las madres, que pueden ir desde los rasgos individuales de la madre hasta los factores de índole cultural, económica o estructural. Quizá las madres no tengan tiempo o recursos para preparar alimentos ligeros especiales para los niños. Quizá las madres les administren una dosis extra de fluidos solamente cuando los niños están sedientos y sus niños no mostraron indicios de sed durante el último caso. Quizá no había Oralit disponible en las cercanías del hogar.

También debe considerarse otros factores que pueden influir en otras partes del proceso, por ejemplo la falta de receptores radiales puede reducir la exposición a los mensajes, o acaso las madres menos educadas estén menos capacitadas para aprender correctamente cómo tratar la diarrea (aunque en este caso el programa trató concretamente de elaborar mensajes comprensibles para mujeres de todos los niveles de educación). Los resultados de esta investigación preliminar y de las conversaciones con los ejecutores del programa, nos ayudaron a detectar un conjunto de factores que pueden influir en este proceso y a medirlos en el curso de la evaluación.

En síntesis, al organizar esta evaluación tratamos de averiguar las razones por las que hubo o no cambio, no simplemente si se había producido. Era importante comprender cómo se esperaba que ocurriera el cambio, qué podía facilitar o entorpecer el proceso y el resultado final, de modo que fuera posible atender las posibles opciones en la evaluación. Necesitábamos desarrollar esos modelos tempranamente, a fin de aplicarlos al diseño de la evaluación y los instrumentos de ésta. Si no hubiéramos medido la apreciación de la severidad del caso por parte de las madres, habríamos perdido la información mencionada en el ejemplo precedente y la evaluación habría sido menos útil. Habríamos enfrentado problemas similares, si hubiéramos preguntado directamente a las madres si habían administrado Oralit, alimentos livianos o fluidos, en lugar de recurrir a una serie de preguntas más complicadas que les permitiera decir que nada habían hecho o detallar lo que habían hecho en realidad.

DISEÑO DE LA EVALUACION

Lo que finalmente elegimos⁶ al evaluar este programa fue el uso de encuestas antes/después, de muestras de los cuatro públicos destinatarios (véase en el cuadro 4 la secuencia de las actividades de ejecución y evaluación). Las cuatro muestras fueron extraídas de las mismas comunidades para permitirnos comparar las respuestas en el seno de las comunidades. Puesto que las madres constituían el público destinatario más importante del programa, la muestra de madres fue mucho más amplia que las otras (1.000 madres en cada encuesta, frente a 100 voluntarios, 50 trabajadores de la salud y 200 propietarios de tiendas y farmacias pequeñas).

Las muestras fueron elegidas de las cuatro regiones de la provincia donde tendría lugar la campaña y de una zona de comparación. Como puede observarse en el cuadro 5, antes que la campaña principal comenzara, en 1989, ya había habido algunas actividades de comunicación con trabajadores de la salud. Teníamos la intención de separar los efectos de las actividades anteriores de los surtidos por las campañas integradas de medios de comunicación e interpersonales de 1989 y 1990.

Un factor que influyó en la elección de los diseños fue el financiamiento. Afortunadamente contamos con recursos suficientes para llevar a cabo una actividad de investigación de estas proporciones. Si nuestro presupuesto hubiera sido más pequeño, esto se habría reflejado en las actividades de evaluación (quizá en muestras más pequeñas de menos comunidades, eliminación de algunos públicos destinatarios de la muestra, cuestionarios más breves, ausencia de grupos comparadores, etc.).

Sobre la base del examen de nuestras expectativas, en cuanto al funcionamiento del programa y de nuestra experiencia en la evaluación de programas similares, elegimos medir la exposición del programa (en medios de comunicación y en el plano interpersonal), el cambio en los conocimientos y aptitudes, el cambio en el tratamiento de la diarrea (incluida la alimentación y el suministro de fluidos) y otras posibles influencias positivas o negativas en el proceso y sus resultados. Optamos por reunir la información que necesitábamos mediante entrevistas con el público. Esto planteó el problema habitual de la auto información, especialmente en lo que atañe a comportamiento, aunque la observación del

comportamiento habría presentado sus propios problemas, incluida la necesidad de una muestra muy amplia. Incluimos algunas observaciones (practicando pruebas de mezcla de Oralit, solicitando que se observara paquetes de Oralit o materiales impresos y realizando una verificación de inventario en las tiendas).

EVALUACION DE LOS PROGRAMAS DE COMUNICACION PARA PREVENIR EL ABUSO DE DROGAS

¿Qué lecciones podemos extraer de la evaluación de este programa de supervivencia infantil para la evaluación de programas o campañas de comunicación en el campo de la prevención del abuso de drogas? ¿Cuáles son las semejanzas y cuáles las diferencias? Deseo tratar ahora tres aspectos importantes, a saber: los públicos destinatarios, los objetivos del programa y la exposición de la campaña.

Públicos destinatarios de las campañas de prevención del abuso de drogas

Como indiqué en la primera parte de este documento, en la tarea de diseñar un programa y una evaluación es importante identificar los públicos destinatarios y comprenderlos. Uno de los aspectos que complican los programas de salud pública es que tienden a tener diversos públicos. El proyecto aquí descrito tenía por lo menos cuatro públicos destinatarios y acaso más (por ejemplo públicos secundarios como las abuelas de niños de corta edad y los dirigentes de aldeas). Cada uno de los públicos requería una estrategia ligeramente distinta en cuanto a la ejecución y un instrumento de evaluación diferente. Aunque varias secciones de los cuestionarios eran idénticas (para obtener datos comparables de todos los grupos) en el diseño y realización de la evaluación cada público fue considerado por separado.

Los programas de prevención del abuso de drogas también tienen públicos diversos y, como en el caso del proyecto de Java Occidental, los públicos tienden a estar interrelacionados (como en los modelos descritos antes). Por ejemplo los mensajes difundidos por los medios de comunicación colectiva pueden recomendar al público destinatario final que no use drogas y sugerirles adonde acudir en busca de apoyo para evitar el consumo de drogas ("hable con un amigo"). Empero, ese grupo de apoyo debe existir, debe emitir el mismo mensaje que los

medios de comunicación y debe estar capacitado para ayudar a quienes acudan a él. De lo contrario, se perderá uno de los eslabones del proceso de cambio del comportamiento. Los modelos que detallan los principales factores que influyen en el uso o evitación del consumo de drogas por parte de una persona, pueden ser bastante complejos. Por consiguiente, es importante pensar en todos los públicos posibles y en la relación que pueda existir entre ellos, para decidir luego cómo asignar los recursos financieros al evaluar la importancia de cada grupo, para el buen resultado final del programa.

Un factor que complica los programas de prevención del abuso de drogas es la heterogeneidad del público. En el proyecto de Java Occidental, generalmente los principales públicos eran similares en cuanto a su forma de vida y los factores relativos a la atención de los niños, sanos y enfermos.

Sin embargo, en los programas de prevención del abuso de drogas, generalmente los públicos difieren bastante entre sí. En materia de edad, los posibles públicos incluyen niños, adolescentes y adultos. Difieren en cuanto a su condición en materia de drogas (los que nunca las probaron, los que sí lo hicieron y los consumidores habituales) y a las drogas que puedan haber consumido (por ejemplo inhalantes, marihuana, "crack" o heroína). También hay diferencias entre los públicos, en lo que atañe a su condición y circunstancias sociales y económicas, desde los adictos pobres de los barrios marginales a los usuarios prósperos que consumen drogas con fines "recreativos", desde los niños que actúan como mensajeros en el tráfico de drogas a los funcionarios gubernamentales que dictan políticas y asignan fondos para los programas de prevención del abuso de drogas.

De la misma forma que un programa de prevención se distinguirá conforme a su público destinatario, la evaluación también será diferente. Por ejemplo no puede usarse el mismo cuestionario para un adulto y un adolescente. No solamente éste podrá no comprender las preguntas de la misma forma, sino que los factores relativos a la prevención del abuso de drogas son distintos para los dos grupos. Las influencias sobre el comportamiento de los adolescentes son distintas a las que actúan sobre la conducta de los adultos. Cuando se piensa en públicos adolescentes, debe considerarse la influencia que tiene el comportamiento y la presión del grupo social (peer pressure) a esa edad, así como el sentido de exploración y de invulnerabilidad personal propio de la adolescencia. Es

posible que el modelo para que un programa de comunicación pueda influir en los adolescentes, sea muy distinto al orientado a prevenir el abuso de drogas por parte de los adultos.

Un tercer aspecto especialmente importante en la evaluación de los esfuerzos de prevención del abuso de drogas, es la identificación de los grupos en riesgo y el contacto con ellos. En el programa de Java Occidental esta era una cuestión relativamente simple: todos los niños de corta edad están en peligro de contraer diarrea.

Sin embargo, es relativamente pequeño el número de personas que se convierten en consumidores de drogas y poco se sabe acerca de quién está realmente en peligro de hacerlo, quién se convierte en usuario y quién no. La determinación de una muestra de referencia apropiada para la evaluación será mucho más difícil, porque las personas en riesgo componen un porcentaje más pequeño de la población, no se alinean como un grupo separado y no sabemos cuáles son sus características. Para configurar una muestra de personas en peligro, posiblemente sea necesario preparar un sondeo mucho más amplio. Luego sobrevendrá la dificultad de establecer contacto directo con individuos concretos, para entrevistarlos y convencerlos de que participen (por ejemplo entrevistar a niños en/de la calle o adictos al "crack").

Los objetivos de los programas de prevención del abuso de drogas

El objetivo final de la mayoría de los esfuerzos de comunicación en materia de salud pública es cambiar el comportamiento. Muchas veces los ejecutores y evaluadores del programa pierden de vista esta finalidad y se concentran en averiguar si el público estuvo expuesto a la campaña, si los mensajes gustaron y, quizá, si algo se aprendió. Es importante tratar de medir el comportamiento, no solamente los pasos intermedios en el camino hacia el cambio de conducta. Esto es difícil porque es muy difícil cambiar el comportamiento y también tiende a ser muy difícil la medición del cambio.

Otra dificultad para evaluar los esfuerzos de prevención del abuso de drogas es que el comportamiento que se aborda es negativo, el cultivo, la venta y el consumo de drogas se consideran "malos" y en la mayoría de los casos la conducta es ilícita. En el programa de Java Occidental se

pedía a las madres que hicieran algo "bueno", que administraran la terapia de rehidratación oral y salvaran a sus hijos de la muerte. En este sentido, la ejecución y evaluación de los programas de prevención del abuso de drogas guardan más similitud con los esfuerzos para prevenir el consumo de tabaco y el SIDA. El examen de la literatura concerniente a estos dos temas puede ser muy útil.

Los objetivos de comportamiento de las campañas de prevención del abuso de drogas tienen importantes consecuencias para la evaluación de esos programas. Debido a la delicadeza del tema será más difícil obtener respuestas veraces a las preguntas sobre la propia conducta (si se ha llegado a obtener simplemente que el entrevistado responda). Al preguntar acerca de la ORT debíamos ser muy cuidadosos respecto de las madres que informaban exageradamente acerca de su comportamiento correcto y dedicamos mucho tiempo a elaborar y someter a pruebas previas preguntas que podían dejar a las madres campo de maniobra para admitir que no habían hecho lo que ellas sabían que era correcto. En las encuestas sobre uso de drogas, algunos entrevistados tenderán a aminorar su comportamiento en la materia (por ejemplo los adultos de clase media), pero otros quizá exageren su información al respecto (acaso adolescentes que deseen alardear delante del entrevistador). Cualquier instrumento de evaluación debe ser elaborado y redactado cuidadosamente y, si es posible, debe agregarse preguntas para validar las mediciones del comportamiento. Son igualmente importantes las garantías de estricto anonimato.

Si la información sobre la conducta propia en materia de drogas es tan problemática, ¿por qué no recurrir a la observación? Porque es casi imposible hacerlo. El consumo de drogas tiende a ser una actitud privada que no es posible observar fácilmente. Además, ocurre a intervalos aleatorios y, quizá en muchos casos, es infrecuente. En el programa de ORT la observación es difícil pero no imposible. Se puede recorrer una aldea, identificar a los niños que sufren diarrea y observar qué ocurre. Esto no sería posible en el caso del uso de drogas.

Otro problema es que la meta de comportamiento, el no uso de drogas, no puede observarse. Técnicamente podemos observar el uso de ORS, pero no podemos apreciar el no uso de drogas.

La medición de la exposición de una campaña

El aspecto final de evaluación que deseo tratar en este documento es el que guarda relación con la medición de la exposición de la campaña. Al evaluar programas de comunicación deseamos saber si podemos atribuir cualquier cambio de comportamiento del público destinatario a las actividades de comunicación. Pero, ¿cómo sabremos si algún otro factor no es la verdadera explicación para cualquier cambio que apreciemos en los conocimientos o en el comportamiento? La determinación de las causas en los programas de comunicación es un paso importante y particularmente complejo, cuando se trata de los programas de prevención del abuso de drogas, en que las circunstancias son complicadas y hay muchos otros elementos que influyen en las actitudes y el comportamiento de las personas.

Una solución consiste en preparar un esquema de evaluación que incluya un grupo de control semejante al público destinatario, salvo que no haya estado expuesto a la campaña. Si observamos que el grupo expuesto cambió y el grupo de control no lo hizo, podemos creer más firmemente que la campaña fue la causa de tal efecto.

Sin embargo, el uso de un grupo de control acaso no sea posible y puede resultar difícil y costoso. Un factor que complica el hallazgo de un grupo de control para evaluar una campaña en medios de comunicación colectiva es que estos, potencialmente, alcanzan a todos. Es difícil encontrar un grupo comparador de gente que no haya recibido los mensajes. Posiblemente los residentes en zonas con recepción pobre (regiones montañosas) o fuera del alcance de los mensajes, sean distintos a los públicos destinatarios y no sea posible tratarlos como grupo de control.

Si no es posible encontrar grupos de control sin exposición a la campaña, la opción siguiente es comparar a quienes estuvieron expuestos a los mensajes con quienes no lo estuvieron y determinar si el primer grupo cambió al tiempo que el otro no lo hizo. Sin embargo, quienes pudieron oír o ver los mensajes pero no estuvieron expuestos, tenderán a ser distintos en otros aspectos. Podrán ser más pobres y no tener aparatos de radio o televisión y, por lo tanto, no estar en condiciones de recibir los mensajes. O acaso tengan televisión pero, debido a sus horarios de trabajo, solamente la miren cuando los mensajes no son transmitidos. O acaso hayan visto los mensajes, pero sin prestarles aten-

ción. Podemos pensar en muchas posibilidades. Este es el problema de la auto selección. En lugar de asignar al azar a los grupos con exposición o sin exposición, el entrevistado se incluye a sí mismo en cualquiera de esos dos grupos por diversas razones. Entonces debemos preguntarnos si algún cambio ocurrido durante la campaña se debió a ésta o a otros factores.

Hay varias formas de abordar este problema. Una de ellas es pensar más allá de todos los factores que pueden influir en la aptitud de una persona para hallarse expuesta a la campaña, medirlos y controlarlos en el curso del análisis. Por ejemplo, puede medirse el número de poseedores de aparatos de radio y televisión y el volumen de audiencia diaria, y controlar esas variables y vigilarlas cuando se examina la exposición de una campaña y la posible respuesta en materia de comportamiento.

También es importante tratar de medir los otros factores que pueden influir en el cambio de comportamiento durante la campaña (exposición a los canales de comunicación interpersonales, gravitación de los compañeros, actitudes de la sociedad respecto de las drogas). Otros programas de prevención del abuso de drogas pueden estar en desarrollo al mismo tiempo que la campaña en los medios de comunicación colectiva. El cambio de comportamiento durante la campaña puede deberse a alguno de esos otros factores. Quizá la campaña no haya tenido efecto directo en el comportamiento de una persona, pero operó por medio de otro canal. Como se dijo antes, es más útil conocer cómo se produjo el efecto, que saber simplemente si se produjo.

Un tercer aspecto es la importancia de medir la exposición de la campaña con la mayor precisión posible, de modo de saber que la gente responde a la campaña en mayor medida que a otros mensajes difundidos por los medios de comunicación colectiva. En Java Occidental formulamos una serie de preguntas, desde las generales (cuántos días por semana escucha la radio) hasta las sumamente concretas destinadas a medir el recuerdo del contenido de la campaña (véase el cuadro 5). En lugar de comparar a los oyentes frecuentes con los que escuchaban con menos frecuencia, elaboramos una escala de exposición más detallada que nos permitió comparar a las personas que tuvieron alta exposición a los mensajes de la campaña con los que tuvieron menos exposición, o ninguna.

Aún no sabemos cuánta influencia puede tener una campaña en los medios de comunicación colectiva en la prevención del abuso de drogas, o cómo puede ejercerse esa influencia. El desarrollo de mediciones válidas de la exposición a la campaña y a otras influencias posibles será importante por los conocimientos que pueda aportarnos en estas materias dudosas.

REFERENCIAS

1. El proyecto de Comunicación para la Supervivencia Infantil fue patrocinado por la Oficina de Salud y la Oficina de Educación, Dirección de Ciencia y Tecnología de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. La misión de la USAID en Yakarta también proporcionó fondos. El programa fue administrado por la Academia de Desarrollo Educativo. El Centro de Salud, Desarrollo y Comunicación Internacional de la Escuela de Comunicación Annenberg, de la Universidad de Pennsylvania, tuvo a su cargo la evaluación del impacto de las actividades de comunicación.
2. Para más información sobre la metodología del HEALTHCOM véase Rasmuson, M.R., Seidel, R.E., Smith, W.A. y Booth, E.M. Communication for Child Survival. Preparado por la Academia de Desarrollo Educativo, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, junio de 1988.
3. Survey Research in Indonesia (Encuesta de investigación en Indonesia). (1985). "A Qualitative Survey on Oral Rehydration in Five Regencies in West Java". Preparada por el Fondo Infantil de las Naciones Unidas y el Departamento de Salud de la República de Indonesia.
4. Para más información sobre el desarrollo del sistema de capacitación, véase Omaj Sutisna Putra, Nenni Suran Sulaeiman, Andajani Woerjandari, Terrence Louis y Renata Seidel. (1990). "The Development of Counselling Cards for Community Health Workers as an Aid to Teaching Mother Proper Diarrheal Case Management in West Java Province, Indonesia." Preparado por la Academia de Desarrollo Educativo, para la Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos.
5. Frecuentemente se solicita a un evaluador que determine la repercusión de un programa cuando éste se encuentra próximo a su fin. Esto crea ciertas dificultades, porque a menudo no hay forma de determinar claramente los conocimientos y el comportamiento del público destinatario anteriores a las actividades de comunicación. Tampoco permite a los encargados de ejecutar el programa utilizar cualquiera de los resultados de la investigación

para ayudarles a tomar decisiones en el marco del programa. En este caso se evaluó el proyecto experimental mediante un mecanismo de antes/después. Los resultados de esta evaluación se utilizaron para tomar decisiones acerca de los públicos destinatarios, así como los canales y estrategias de comunicación para llegar a las madres. Las conclusiones de la encuesta básica se utilizaron para preparar los mensajes que se difundirían por los medios de información colectiva, durante la ejecución del programa ya más intensificado.

6. En esta sección he utilizado deliberadamente las palabras "elección" o "elegido". El diseño empleado en esta evaluación no era la única opción posible. El diseño tomó en cuenta las necesidades de los proveedores de fondos y los ejecutores, y trató de proveer las mejores respuestas posibles a nuestras preguntas de evaluación, dentro de los límites presupuestarios y de tiempo disponibles.

Cuadro 1

ACTIVIDADES DE INVESTIGACION Y EVALUACION EN JAVA OCCIDENTAL

Investigación formativa

Antes del programa:

Estudio cualitativo de las creencias y comportamiento de las mujeres respecto de la ORT.

Estudio de los proveedores de servicios de ORT

Inventario de programas y organizaciones de asistencia.

Encuesta de morbilidad, mortalidad y tratamiento.

Programa experimental en una comunidad.

Intervenciones:

Prueba previa de todos los materiales, mensajes y sistemas de capacitación en comunicaciones.

Estudio antropológico del tratamiento dietético de la diarrea.

Estudios de conducta para elaborar y evaluar el sistema de capacitación de voluntarios.

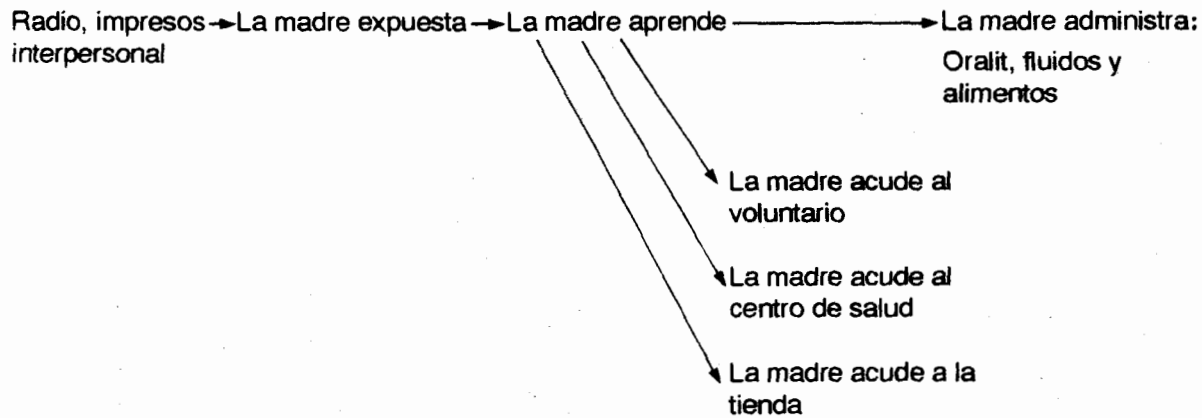
Estudios del comportamiento preventivo de las madres (lavado de manos)

Evaluación sumativa

Encuestas anteriores y posteriores de cuatro públicos destinatarios:

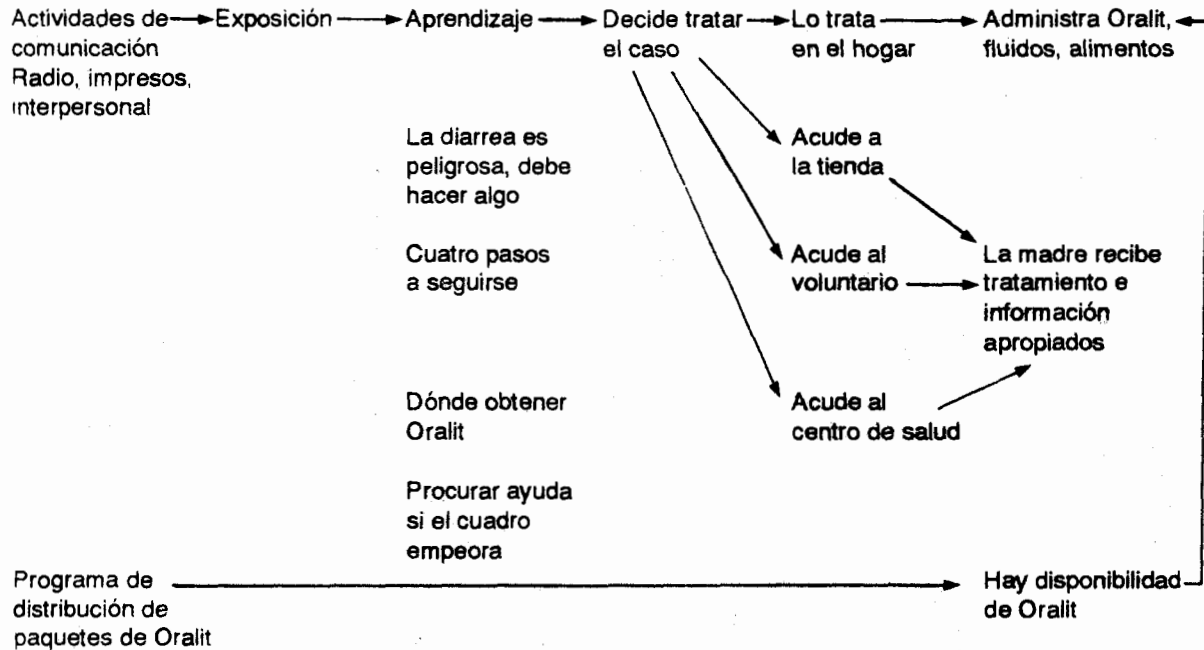
Programa experimental

Programa ampliado.

Cuadro 2**El proceso de cambio para las madres**

Cuadro 3

Parte de un modelo detallado de proceso de cambio para las madres



Cuadro 4

Actividades de intervención y evaluación en Java Occidental

	Intervención	Evaluación
1986		
Junio		Encuesta básica en Garut
Julio- Agosto	Fase experimental en la comunidad Garut (capacitación de trabajadores de la salud, impresos, radio)	
Diciembre		Encuesta de seguimiento en Garut
1987		
	Intensificación en cuatro comunidades (capacitación de trabajadores de la salud)	
1988		
Marzo- Abril		Encuesta básica en cuatro comunidades de intensificación y una de comparación
1989		
Enero- Julio	Capacitación de trabajadores de la salud en ocho comunidades.	
Julio- Septiembre	Campaña en medios de comunicación en ocho comunidades.	
1990		
Febrero	Campaña en medios de comunicación en ocho comunidades	
Marzo- Abril		Encuesta de seguimiento en las mismas comunidades de la encuesta básica

Cuadro 5

Medidas de exposición de una campaña de radio utilizadas en la evaluación de Java Occidental

1. ¿Ha oído algo en la radio acerca de la forma de tratar la diarrea? (En caso de respuesta negativa, pasar a la pregunta No. 5)
2. ¿Cuándo oyó por última vez esa información en la radio?
3. ¿Qué dijo la información?
4. En cuanto a los mensajes radiales acerca de la diarrea, ¿qué se utiliza para llamar a las madres a reunirse? (Si la madre no responde "el kentongan" pasar a la pregunta No. 5. Si la madre contesta "el kentongan", pasar a la pregunta No. 6).
5. ¿Ha oído algún mensaje radial en el cual alguien usa el kentongan para llamar a las madres a reunirse?
6. ¿Quién tañe el kentongan?