

De la ciencia a la práctica en la intervención comunitaria. La transferencia del conocimiento científico a la actuación profesional

Isidro MAYA JARIEGO
Universidad de Sevilla

Resumen

La investigación científica y la intervención social se han presentado con frecuencia como dos mundos separados. En este artículo proponemos un modelo de aplicación centrado en la práctica que pretende salvar la brecha entre el conocimiento científico y la práctica profesional. Partiendo del modelo de Wandersman (2003), proponemos ocho estrategias de (a) sistematización y gestión de la práctica profesional, (b) colaboración entre investigadores y profesionales de la intervención social, y (c) potenciación comunitaria. Para ilustrar el modelo, recurrimos al caso de los programas de prevención de drogodependencias.

Palabras clave: diseminación de la información científica, sistematización y gestión de la práctica profesional, potenciación comunitaria, transferencia del conocimiento.

Abstract

Scientific research and social intervention are usually seen as two disconnected worlds. In order to bridging the gap between science and practice, we present a practice-centered model of application. Using the framework developed by Wandersman (2003), eight strategies to facilitate knowledge transfer are proposed. As well as the dissemination of scientific information, the model includes three other kinds of strategies: (a) management and sistematization of professional practice, (b) collaboration between researchers and practitioners, and (c) community empowerment. To illustrate the model the case of substance abuse prevention programs is analysed.

Key words: Dissemination of scientific information, Management of the professional practice, Community empowerment, Knowledge transfer.

De la ciencia a la práctica

Una de las preocupaciones más recurrentes en la intervención social es la distancia que separa a los modelos científicos del desarrollo de programas en la realidad social. Por ejemplo, en la prevención de drogodependencias se cuenta con modelos teóricos que preciden de modo bastante adecuado el inicio del consumo, existe un inventario exhaustivo de factores de riesgo y protección, se dispone de datos epidemiológicos actualizados para distintos segmentos de población, e incluso se han elaborado materiales didácticos adaptados a cada nivel educativo. Sin embargo, en el proceso de implantación

se pierde muchas veces gran parte de la potencialidad de ese conocimiento.

Pongamos por caso los programas de prevención primaria en la escuela, y en seguida podemos enumerar toda una serie de factores que a veces consiguen alterar el desarrollo de la intervención. Primero, cada nuevo programa tiene que hacerse un hueco en el Plan de Centro, junto a otras muchas actividades de prevención y promoción. Una vez aprobado, la aplicación varía entre clases, de acuerdo con las diferencias en motivación y competencia de los docentes. Con frecuencia, actividades que fueron diseñadas como un contenido transversal se llevan a cabo en sesiones monográficas independientes (o a veces, incluso,

extraescolares). Y por último, por mencionar sólo algunos de los elementos más decisivos, se aplican parcialmente estrategias que han sido concebidas como un todo organizado y comprensivo. Es decir, una selección estrecha de los componentes del programa reduce la intesidad de la intervención, llegando a alterar en ocasiones su propia naturaleza. Por eso encontramos como resultado discrepancias entre el diseño estratégico original y su puesta en práctica.

Este fenómeno ha sido denominado, de un modo bastante gráfico, la *brecha* entre la ciencia académica y la práctica profesional. Las revistas de más impacto de la psicología comunitaria han empezado recientemente a dedicar un lugar preferente a debatir cuáles son las mejores estrategias para facilitar la transferencia del conocimiento al ámbito aplicado; tanto el *American Journal of Community Psychology* como el *Journal of Community Psychology* cuentan con una línea de publicaciones consistentes que tratan los procesos de transferencia en contextos comunitarios de intervención.

Una forma de tratar este asunto es analizarlo como un proceso de innovación social, donde los investigadores científicos tienen que preocuparse de elegir los medios más adecuados de diseminación de la información, entrenamiento de los futuros *aplicadores* y seguimiento de la puesta en práctica. Se entiende en ese caso que la implantación es un proceso mecánico, que depende directamente del dominio de la tecnología. Pero una segunda aproximación pone énfasis en la utilización del conocimiento por parte de la comunidad, y por eso le da especial importancia a los factores contextuales y a la disposición de las organizaciones comunitarias. Dicho de otro modo, la preocupación se desplaza hacia la validez ecológica del conocimiento y a la implicación comunitaria en el proceso de intervención.

En este artículo vamos a repasar las estrategias que se sugieren desde uno y otro enfoque para fortalecer el nexo entre el conocimiento científico y la práctica profesional. Y concluiremos que ambos pueden integrarse en un *modelo sobre el ciclo de la intervención centrado en la comunidad* (Wandersman, 2003).

Pero antes de entrar en las complejidades de la transferencia del conocimiento, empezaremos por examinar a través de un ejemplo sencillo cómo las prácticas de intervención social forman parte de un contexto cultural más amplio, por más que tengan su eje central en el conocimiento científico sobre los problemas sociales que se pretenden resolver.

La intervención como cambio cultural

En cierto modo, la intervención es una respuesta organizada de la sociedad a los problemas a los que se enfrenta. Eso significa que es un fenómeno complejo en el que no sólo están en juego los modelos científicos, sino también las políticas sociales, las organizaciones comunitarias o el rol de los profesionales que aplican los programas. No es

fácil desbrozar el papel de cada elemento en el resultado final, y quizá por eso ha prevalecido el examen de cada componente por separado. Una de las pocas excepciones es el análisis comparativo de las estrategias de reducción (a) del consumo de tabaco y (b) de los delitos violentos, que llevaron a cabo Anthony Biglan y Ted Taylor (2000) en Estados Unidos. Un trabajo que pone de manifiesto cómo en la intervención social efectiva se produce una relación íntima entre la modelización científica y el cambio social. Lo vemos a continuación de forma resumida.

Biglan y Taylor se preguntan por qué se ha tenido más éxito en la reducción del consumo de tabaco que en la disminución de los delitos violentos en el último tercio de siglo XX. En efecto, desde 1960 ha disminuido en torno al 20% la prevalencia del consumo de tabaco, mientras que ha aumentado un 550% los delitos de asalto, robo, violación o asesinato. De partida descartan que la diferencia entre ambos problemas se deba a una mayor preocupación social por el primero de los temas, y tampoco consideran que las fuerzas sociales estén incidiendo de forma más resistente en el segundo. A su juicio, después de repasar toda una serie de criterios de comparación, son dos los factores a los que cabe atribuir la diferencia de resultados:

1. La prevención del consumo de tabaco se ha basado en un modelo fundamentado empíricamente, y ampliamente aceptado por la población.
2. Un conjunto de organizaciones sociales han partido de dicho análisis para llevar a cabo actividades de movilización social, e implantar programas de prevención y tratamiento.

En contraste, los estudios sobre los antecedentes del delito no han generado una visión compartida entre los políticos ni el público en general (ni siquiera entre los científicos); y los esfuerzos para promover preventivas han sido dispersos.

Como vemos, el modelo científico de partida se considera un elemento necesario *pero no suficiente* para la obtención de resultados. En el control del tabaquismo ha sido fundamental contar con un análisis claro de los efectos perjudiciales del consumo, y tener una enumeración de los factores que influyen en su uso. Relacionar el tabaco con el cáncer de pulmón y con los problemas cardiovasculares ha sido esencial en la sensibilización social hacia el tema. Por su parte el conocimiento sobre la naturaleza adictiva de la nicotina, así como sobre la trascendental influencia que ejercen la publicidad, los padres y los compañeros, ha orientado el diseño de estrategias de carácter preventivo. Pero hay que subrayar que todo ello ha puesto en marcha un proceso de cambio social, en el que las organizaciones comunitarias han tenido un papel clave: por ejemplo, en la movilización para conseguir ordenanzas locales restrictivas, en las campañas de sensibilización social y en la aplicación de programas.

En ese sentido, Biglan y Taylor entienden que la investigación científica constituye la avanzadilla de un cambio cultural de más largo alcance. El análisis empírico del problema habría proporcionado una base objetiva para el cambio de la norma social, que se habría expreado también en otros resortes institucionales. De ese modo, se entiende que programas preventivos que no tienen efectos visibles a corto plazo puedan tener un impacto acumulativo en las actitudes sociales hacia el consumo (Cázares, 1997; Kellam, 1997). Por decirlo de otro modo, si se ha conseguido una reducción en la prevalencia del tabaquismo es (a) porque se partía de un modelo explicativo adecuado; pero también (b) porque se ha conseguido; pero también (b) porque se ha conseguido que la comunidad comparta ese análisis y lo tenga en cuenta en su comportamiento. Ambos elementos están presentes en las estrategias de transferencia del conocimiento que pasamos a analizar a continuación.

El modelo de la ciencia de la prevención

El paradigma dominante en el desarrollo de intervenciones propone una serie de pasos para contrastar que un programa funciona antes de generalizarlo a toda la población. Se trata de un ciclo de investigación que se aplica por ejemplo en los ensayos farmacéuticos de nuevos medicamentos, pero que se ha extendido a otros tratamientos de salud y también a las intervenciones preventivas. En el ámbito de la salud mental se ha propuesto una secuencia de cinco elementos bastante clarificadora (ver figura 1).

1. El trabajo comienza con el desarrollo de investigación básica que pretende explicar el problema (o la enfermedad) y sus causas. Por ejemplo, a través de estudios epidemiológicos.
2. El siguiente paso es revisar la investigación realizada, prestando especial atención a la identificación de factores de riesgo y factores protectores (con las miras puestas en el desarrollo de una intervención posterior).

3. A continuación se llevan a cabo ensayos para comprobar la eficacia de la intervención: es decir, se diseñan y aplican actuaciones piloto y de confirmación.
4. Esas pruebas preliminares son seguidas por otras en las que se pretende examinar la efectividad de la intervención. Para ello las estrategias diseñadas en la fase anterior se aplican en múltiples contextos, con la participación de varios investigadores. Estos estudios de más largo alcance sirven para evaluar si la intervención se puede generalizar en distintas situaciones, y bajo diversas condiciones de aplicación.
5. Por último, y después de pasar por los filtros anteriores, se promueve la implantación generalizada del programa de intervención preventiva en la comunidad.

Gracias a este ciclo, se pueden diseñar programas con un elevado nivel de exigencia. Hay que destacar que antes de proponer la generalización de una intervención-tipo, la secuencia prevé (a) que la estrategia esté basada en evidencias empíricas, (b) que haya demostrado suficiencia para afrontar los problemas en la práctica, y (c) que mantenga su efectividad en diferentes contextos comunitarios. Por eso es una garantía que una intervención haya superado un escrutinio tan exhaustivo.

Sin embargo, como ya hemos señalado, no siempre los programas que han demostrado mayor efectividad son los que tienen más probabilidades de aplicarse. El salto del paso 4 al paso 5 puede convertirse en una *brecha* entre la ciencia y la práctica profesional. Desde la perspectiva de este modelo, se trata fundamentalmente de un problema de diseminación de la información científica, de modo que los investigadores tienen que afrontarlo llevando a cabo actividades de divulgación, educación y entrenamiento. En ese sentido, las conferencias, los talleres de formación o la elaboración de folletos divulgativos, por citar algunos, son el tipo de actuaciones que facilitan a los profesionales la adquisición de la tecnología necesaria. Otra alternativa

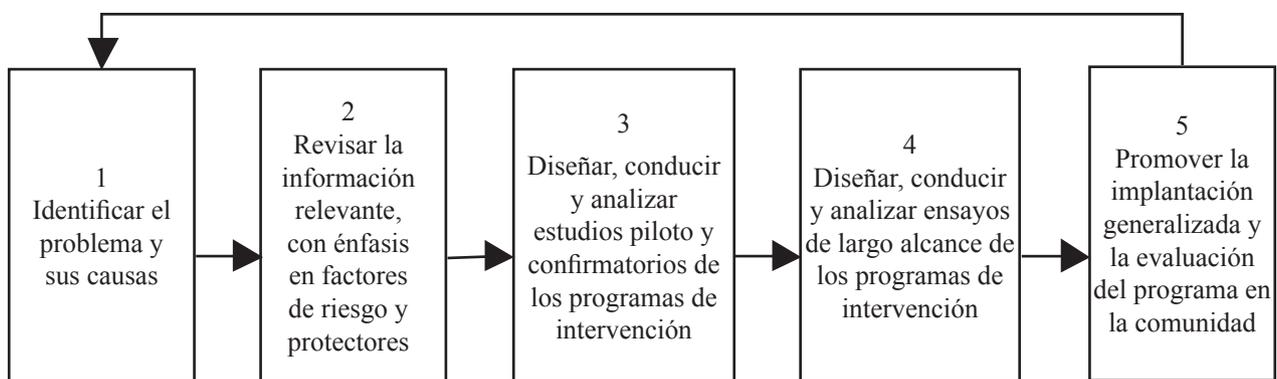


Figura 1. El ciclo de la investigación/intervención preventiva.

consiste en facilitar el acceso a las bases de datos y a las revistas donde se recogen los resultados de la investigación científica más reciente.

Pero no todos los problemas de implantación tienen que ver con la transferencia de conocimiento propiamente dicha. Es un asunto bastante más complejo. A veces las dificultades obedecen al coste de la aplicación, a cuestiones políticas, a factores organizacionales, etcétera. Esto ha desembocado en una concepción alternativa del nexo entre la ciencia y la práctica que podríamos denominar el *enfoque de la investigación participativa*, y que hace hincapié en la colaboración de todos los sectores implicados en la intervención.

El enfoque de la investigación participativa

Venimos insistiendo en una misma idea: cuando se opera sobre organizaciones y sistemas sociales la intervención resulta tan compleja que parece difícil que en su puesta en práctica responda fielmente, en un ciento por ciento, a las especificaciones del diseño. Esto puede traducirse en muchos cambios concretos. La eficacia observada en condiciones de investigación tiene que trasladarse al contexto en el que el programa es implantado por profesionales. Las buenas prácticas que extraen los investigadores requieren de adaptación a poblaciones es efícas. El lo o de cambios de comportamiento en miembros de la clase media no es generalizable sin más a personas de segmentos inferiores. Los roles propios de la investigación no son equivalentes a los de los profesionales cuando responden a las necesidades locales (ya sea desde las organizaciones comunitarias o desde las entidades públicas). Podríamos seguir enumerando, casi indefinidamente, ejemplos de brechas específicas entre el quehacer académico y profesional. Vamos a resumirlas en las cinco barreras más importantes que identificaron un grupo de investigadores de la universidad de Carolina del Sur con experiencia en la evaluación de programas (Morrissey *et al.*, 1997). A nuestro juicio, resumen bastante bien cuáles son los condicionantes del proceso de implantación:

- *Entrenamiento y orientaciones teóricas diferentes.* Las metas de académicos y profesionales son diferentes: los primeros se orientan prioritariamente a la creación de conocimiento, y los segundos a la solución de problemas sociales. Por eso difieren en las prioridades, en las estrategias y en su perspectiva temporal.
- *Prioridades de financiación.* En la intervención se valoran programas que puedan implantarse rápidamente y tengan eco inmediato en la opinión pública, y apenas se cuestiona su impacto a largo plazo. Esto restringe en la práctica las probabilidades de éxito del programa.

- *Limitaciones de recursos.* Para los profesionales no es fácil acceder a la literatura científica. Unas veces porque el presupuesto no es suficiente para utilizar bases de datos, revistas y recursos electrónicos, y otras porque el contenido de revistas y congresos está orientado mayoritariamente a una audiencia académica. Los profesionales también ven en la falta de tiempo una barrera para obtener el máximo potencial de los programas.
- *Barreras de organización.* Generalmente se produce una tensión entre las metas del proyecto y las metas de las organizaciones implicadas. La dinámica de cada organización condiciona el proceso de aplicación. Por eso es importante que el compromiso con el proyecto se dé en los niveles más altos de cada entidad participante.
- *Preparación comunitaria.* El grado de disposición al cambio en la comunidad es clave en la implantación del programa. Se ha llegado a elaborar incluso un modelo de nueve etapas que va desde la falta de conciencia sobre la existencia de un problema social o la negación del mismo, hasta una respuesta profesionalizada (Edwards *et al.*, 2000). Dependiendo de la etapa en que se encuentre, son necesarias estrategias de marketing, motivación o movilización comunitaria para promover la preparación de la comunidad.

Esta enumeración de barreras potenciales pone de manifiesto que la diseminación de información no es garantía suficiente para la transferencia de conocimiento. La capacidad de la comunidad para participar a lo largo del ciclo de la intervención también forma parte de la infraestructura básica de transferencia. Como hemos mostrado en el caso del tabaquismo, el funcionamiento y la estructura de las organizaciones -sean escuelas o coaliciones comunitarias-forman parte esencial del proceso de cambio. El desenlace de este argumento ha sido proponer una participación más activa de todos los agentes implicados en el ciclo de investigación/intervención.

Las tres estrategias básicas que de aquí se derivan son a la colaboración en el roceso de investigación, (b) la participación en el desarrollo del programa, y (c) la potenciación (*empowerment*) de la comunidad. Las tres están relacionadas. Se promueve que los profesionales de la intervención colaboren con los investigadores en la selección del problema a investigar, el diseño del estudio y la interpretación de resultados. Es una forma de orientar el proceso de investigación con criterios de utilidad social. De un modo más amplio, también se anima a poner el máximo de control y responsabilidad en manos de la comunidad y de sus organizaciones. Con ese objetivo se han elaborado métodos y herramientas para mejorar la planificación, la implantación y la evaluación de programas por parte de los interventores. Una manera de hacerlo

consiste precisamente en establecer *un sistema de mejora continua de la calidad* del programa del que es el propio *aplicador* el que se hace cargo.

Una idea central de este segundo enfoque es adaptar la metodología a las circunstancias de la población objetivo. Por eso se pone más el acento en desarrollar un proceso de intervención de calidad –sensible a las necesidades, comprensivo, etcétera–, que en aplicar fielmente programas diseñados de una vez por todas. Es frecuente recurrir para ello a estrategias de investigación participativa. Sirve a los mismos fines la monitorización del programa y la identificación de buenas prácticas por parte de los propios *aplicadores* y los usuarios locales. Todo esto es coherente, además, con la evaluación de programas orientada a la potenciación comunitaria (*empowerment evaluation*) (Fetterman, Kaftarian, & Wandersman, 1996), que es de uso preferente en este ámbito.

Para completar el panorama, se empieza a hacer uso del potencial de las nuevas tecnologías para mejorar la validez ecológica de la intervención. Por ejemplo, el diseño de *sistemas expertos* puede convertirse en una guía para la toma de decisiones de los profesionales. Internet facilita el acceso a informes de investigación y archivos de datos. Y la comunicación mediada por ordenador aumenta las posibilidades de intercambiar y sintetizar la información de experiencias diversas que se estén llevando a cabo en múltiples contextos.

Veamos con un ejemplo cómo la participación contribuye a la transferencia de conocimiento. Wandersman *et al.* (1999, 2000) han elaborado un manual que ayuda a los profesionales a tomar decisiones a lo largo del proceso de intervención. El manual se organiza en torno a diez preguntas (tabla 1), y proporciona escalas, cuestionarios y listas de comprobación para trabajar sobre cada una de ellas.

Las preguntas –como adelanta el título, *Getting to Outcomes* (Obtención de resultados)– se organizan en torno a un esquema de intervención orientada a la efectividad ampliamente aceptado. La lista de cuestiones trata respectivamente (1) la evaluación de necesidades y recursos; (2) la formulación de objetivos y la segmentación de la población; (3) la utilización de modelos teóricos y referencias de *buenas prácticas*; (4) la planificación e integración en el marco de otros programas; (5) las competencias requeridas para la aplicación; (6) la implantación; (7) la evaluación del proceso; (8) la evaluación de resultados; (9) la mejora continua de la calidad; y (10) la toma de decisiones sobre el futuro del programa. Un desarrollo del modelo a través de la selección de experiencias de intervención puede consultarse en Maya Jariego, García y Santolaya (2007).

El esquema de contenidos responde, por tanto, a un formato clásico. La aportación de la herramienta es que tales contenidos están adaptados para conseguir la capacitación del profesional (por medio de la autoformación), al mismo tiempo que éste se hace cargo del manejo

del proceso de intervención. Cada uno de los diez pasos requiere de la monitorización y autoevaluación del *aplicador*; que se convierte de ese modo en el máximo responsable en el proceso de toma de decisiones. El material se está adaptando a un formato de Web interactivo que incluye un sistema de guía experto, herramientas para el análisis de datos e información para adaptar los modelos científicos a las condiciones locales.

A nuestro juicio, *Getting to outcomes* es un buen ejemplo de cómo las estrategias participativas no necesariamente están reñidas con la utilización del conocimiento científico y la preocupación por la obtención de resultados. y, en consecuencia, cae or su propio peso la formulación de un modelo integrador (Morrissey *et al.*, 1997; Wandersman, 2003). Ese es nuestro siguiente paso.

Un modelo integrador centrado en la práctica

Toda la discusión anterior deja entrever que muchas (y muy diversas) pequeñas actuaciones pueden contribuir a mejorar la práctica profesional. Unas tienen que ver con la gestión del conocimiento científico y otras con la evolución de los sistemas comunitarios. Eso ha dado pie a la formulación de un modelo, centrado en la mejora continua de la intervención psicosocial, que agrupa y organiza el conjunto de estrategias que cabe utilizar en la búsqueda de dicho objetivo. El argumento puede resumirse en tres pasos:

Tabla 1. Diez preguntas orientadas a los resultados (Wandersman *et al.*, 2000).

1.	¿Cuáles son las necesidades y recursos de mi organización, escuela, comunidad o Estado?
2.	¿Cuáles son las metas, población diana y resultados deseados (objetivos) para mi escuela, comunidad o Estado?
3.	¿Cómo incorpora este programa el conocimiento científico o las <i>buenas prácticas</i> de esta área?
4.	¿Cómo se ajusta este programa con otros ya existentes?
5.	¿Qué capacidades necesito para llevar este programa a la práctica con calidad?
6.	¿Cómo se llevará a cabo el programa?
7.	¿Cómo se evaluará la calidad de la implantación del programa?
8.	¿Cómo funciona el programa?
9.	¿Cómo se incorporarán estrategias de mejora de la calidad?
10.	Si el programa (o sus componentes) tiene éxito, ¿cómo se mantendrá el programa?

1. En primer lugar, se parte del modelo de la ciencia de la prevención. Las prescripciones para diseñar programas efectivos deben derivarse fundamentalmente del conocimiento científico. En consecuencia, las estrategias de diseminación de la información siguen teniendo un lugar destacado.
2. Pero el modelo de la ciencia de la prevención no se considera *suficiente* para la mejora de la práctica profesional. Hay que tomar en consideración también la respuesta del sistema social en el que tiene lugar la intervención. Para ello se prevén estrategias de participación y control comunitario, de monitorización por parte de los propios profesionales, y de colaboración con los investigadores. Otras cuestiones de orden práctico, que también se añaden, son dar publicidad al programa, obtener financiación suficiente, colaborar con otros servicios similares e implicar a los miembros de la comunidad.
3. No obstante, entre ciencia y práctica se postula una relación bidireccional, de modo que la segunda puede ser generadora de conocimiento basado en la experiencia. Podemos completar, entonces, el modelo con las estrategias de mejora continua de la calidad del programa y la formulación inductiva de buenas prácticas.

Llegados a este punto, hemos alcanzado como resultado una visión bastante más compleja del nexo ciencia-práctica de la que fue nuestro punto de partida. En la figura 2 proponemos un esquema resumen. El modelo está basado en la propuesta de Morrissey *et al.* (1997), sobre la que hemos realizado algunas modificaciones. Concretamente, (a) hemos añadido, en el lado de la práctica, el papel de las agencias encargadas de gestionar los recursos para la

intervención (que en nuestro contexto es, con frecuencia, la Administración Pública); (b) incorporamos también la sistematización de la práctica profesional; y (c) proponemos una clasificación de las estrategias mediadoras en ocho categorías (detalladas en cursiva en los recuadros “Puentes”, “Gestión de la Intervención” y “Evaluación de Programas”).

En el lado de la izquierda se resuelven las características definitorias de los programas que se han mostrado efectivos, según la investigación académica. En el lado de la derecha se enfrentan los retos propios de la implantación de programas. Y en el centro se resumen las *barreras* y *puentes* que existen para la comunicación entre ambos espacios. El esquema representa una relación de carácter recíproco.

De acuerdo con la experiencia de aplicación de programas, algunos de los desafíos más habituales en la intervención están en definir un programa suficientemente comprensivo (que afecte a múltiples niveles causales); ajustado en intensidad y duración; y que haga una gestión adecuada de los recursos disponibles. En última instancia, se trata de responder a las necesidades de la población, más allá de tomar decisiones por su popularidad o porque se haya hecho algo similar en otro lugar.

Una de las implicaciones prácticas de este modelo es que todos los agentes involucrados en la intervención tienen un papel al respecto del enlace entre ciencia y práctica. No es algo que dependa exclusivamente de los investigadores académicos. En la tabla 2 recopilamos precisamente alguna de las acciones que pueden llevar a cabo los evaluadores, los profesionales y los patrocinadores, para complementar las actividades de diseminación de los científicos. A las sugerencias originales de los autores, hemos añadido otras basadas en nuestra propia experiencia de evaluación de programas (Martínez, García, & Maya Jariego, 2000; Maya Jariego, 2003).

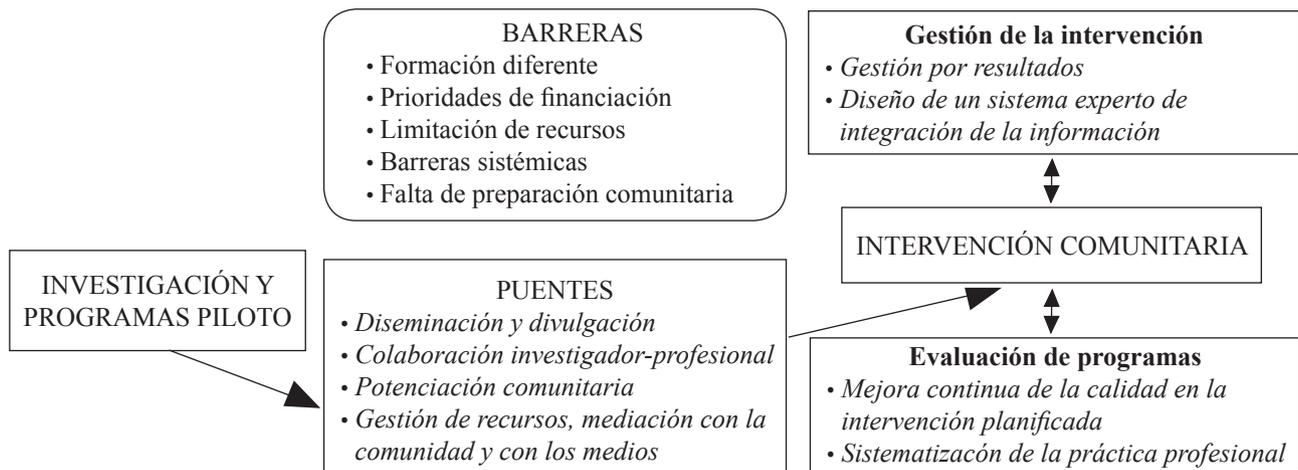


Figura 2. Estrategias de vinculación de ciencia y práctica.

De la ciencia a la práctica en la prevención de drogodependencias

A lo largo de los apartados anteriores hemos resumido la lógica que lleva a formular un “*modelo sobre el ciclo de la intervención centrado en la comunidad*” (Wandersman, 2003), que representa de un modo bastante complejo las relaciones entre ciencia y práctica. Para ilustrarlo, veamos su aplicación en el caso concreto de la prevención de drogodependencias.

En esta materia lo habitual es basarse en los estudios epidemiológicos existentes para desarrollar estrategias de reducción del riesgo. Es una manera de proceder que tiene tres componentes básicos:

1. Primero hay que conocer la naturaleza y distribución del problema en la comunidad. Para ello es necesario obtener información sobre la prevalencia del consumo y el abuso de drogas; y determinar cuál es el momento en el que los jóvenes se inician al consumo.
2. En segundo lugar, también hay que recabar información sobre los precursores del problema, es decir, sobre los factores de riesgo y los factores protectores. Con esa información es posible evaluar las probabilidades de que se produzca abuso de drogas en el futuro, pero también sirve para elegir –de un modo priorizado– el objeto específico de la intervención.

Tabla 2. Estrategias para potenciar el nexo ciencia-práctica.

<i>Roles</i>	<i>Acciones</i>
<i>Investigadores científicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la diseminación y el acceso a la investigación sobre cuáles son las características de los programas más efectivos en cada ámbito. • Estudiar el efecto de los factores contextuales (comunitarios) en el problema social de interés. • Revisar revistas orientadas a la práctica para conocer la traducción que se hace de los conceptos científicos en programas concretos y estar al tanto de los retos que supone su implantación. • Contar con la participación de profesionales en el proceso de investigación, para potenciar el uso social del conocimiento.
<i>Evaluadores de programas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar y diseminar información científica a los profesionales. • Entrenar a los profesionales para acceder a la literatura científica. • Trabajar con los profesionales para elegir los programas adecuados de acuerdo con la literatura científica y las necesidades de la comunidad. • Estimular y colaborar con los profesionales para publicar los resultados de los programas en fuentes científicas y profesionales. • Asegurar que programas complejos se aplican con fidelidad, y estimular el refinamiento de los conceptos durante su implantación.
<i>Profesionales de la intervención</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la publicación de sus éxitos y fallos en la intervención, para difundir las <i>lecciones aprendidas</i> a lo largo de su experiencia. • Dar feedback a los investigadores sobre lo que está funcionando y lo que no en la práctica, y qué necesita de un mayor refinamiento. • Utilizar las características de los programas efectivos según los científicos en la selección de los programas a implantar. • Desarrollar sistemas de seguimiento comparativo de programas, para inducir <i>buenas prácticas</i>. • Dar publicidad al programa, obtener financiación suficiente, colaborar con otros servicios similares e implicar a los miembros de la comunidad.
<i>Agencias nacionales o regionales de intervención</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la financiación para la tecnología de transferencia del conocimiento científico. • Trabajar en la creación de una base de datos centralizada de información científica, información sobre programas con éxito, revisiones de la literatura, y estrategias de evaluación habituales. • Establecer como requisitos para la financiación (a) la evaluación de resultados, (b) la implicación de profesionales en los equipos de investigación, (c) la inducción de buenas prácticas a partir de la aplicación de programas, etcétera. • Estandarizar los criterios de aplicación de programas por área de necesidad. • Establecer un sistema de gestión por resultados.

3. El resultado de los dos pasos anteriores es la formulación de una estrategia de intervención –generalmente con múltiples componentes– que pretende reducir las probabilidades de que se dé abuso de drogas en la comunidad en cuestión. Para implantarlo es necesario prever la implicación de la comunidad y la coordinación de los recursos en juego.

Como vemos, este esquema proporciona unas pautas muy precisas para el desarrollo de programas de prevención. La recolección de datos sobre los factores de riesgo y protección conduce de modo natural tanto el diagnóstico de problemas como la elección de las acciones preventivas a llevar a cabo. Repasemos a continuación, con algo más de detalle, este proceso.

Riesgo, protección y recursos sociales

La literatura científica proporciona un amplio listado de factores de riesgo del abuso de drogas por parte de adolescentes. También se han descrito un conjunto de factores protectores que moderan o mitigan los efectos de la exposición al riesgo. Tanto unos como otros pueden hacer referencia al contexto comunitario, a la familia, a la escuela, al grupo de iguales o a variables de carácter individual

(Castro *et al.*, 1997; Cázares, 1997). Se tiene constancia, además, de que el consumo es más frecuente en aquellos adolescentes expuestos a múltiples factores de riesgo (MacKinnon, 1997; Pentz, 1997). Por último, parece que la prevención es más efectiva si se lleva a cabo antes del período evolutivo crítico en el que el poder predictivo de estos factores se estabiliza (Kellam, 1997).

De aquí se deduce que disponer del perfil de riesgo y protección de la comunidad resulta un elemento básico en la prevención primaria. Por ejemplo, el *Centro para la Prevención del Abuso de Drogas* en Estados Unidos ha elaborado una herramienta que permite cumplir de forma práctica con ese requisito (citada en Arthur y Blitz, 2000). Se trata de una encuesta con escalas de riesgo y protección que hemos resumido en la tabla 3. La utilización de ese mismo instrumento en diferentes contextos geográficos, permite valorar el riesgo relativo de los individuos de una región determinada. Dicho sea de paso que el alcance de esta propuesta no radica sólo en su soporte teórico, sino en la aplicación sistemática del mismo en todos los programas que se despliegan en una unidad administrativa determinada (por ejemplo, el Estado, la Comunidad Autónoma, la Provincia, etcétera).

Una estrategia que complementa a la perfección el perfil de riesgo/protección es la evaluación de recursos de la comunidad. Generalmente consiste en elaborar un

Tabla 3. Factores de riesgo y factores protectores de drogodependencias.

<i>Ambito</i>	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Factores protectores</i>
<i>Comunidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo apego al vecindario. • Desorganización comunitaria. • Leyes y normas favorables al consumo de drogas. • Disponibilidad percibida de drogas y armas de fuego. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidades para la participación comunitaria. • Recompensas por la implicación comunitaria.
<i>Escuela</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo compromiso con la escuela. • Fracaso académico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidades para la participación escolar. • Recompensas por la implicación en la escuela.
<i>Familia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Escasa supervisión familiar. • Falta de disciplina en la familia. • Conflicto familiar. • Historia familiar de comportamientos antisociales. • Actitudes de los padres favorables al comportamiento antisocial. • Actitudes de los padres favorables al consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apego familiar. • Oportunidades para la implicación en la familia. • Recompensas por la implicación en la familia.
<i>Individuo y grupo de iguales</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Rebeldía. • Inicio temprano del comportamiento antisocial. • Actitudes favorables hacia la conducta antisocial. • Actitudes favorables hacia el consumo de drogas. • Conducta antisocial de los compañeros. • Uso de drogas por parte de los compañeros. • Recompensa de los compañeros al comportamiento antisocial. • Búsqueda de sensaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias en el orden moral. • Habilidades sociales.

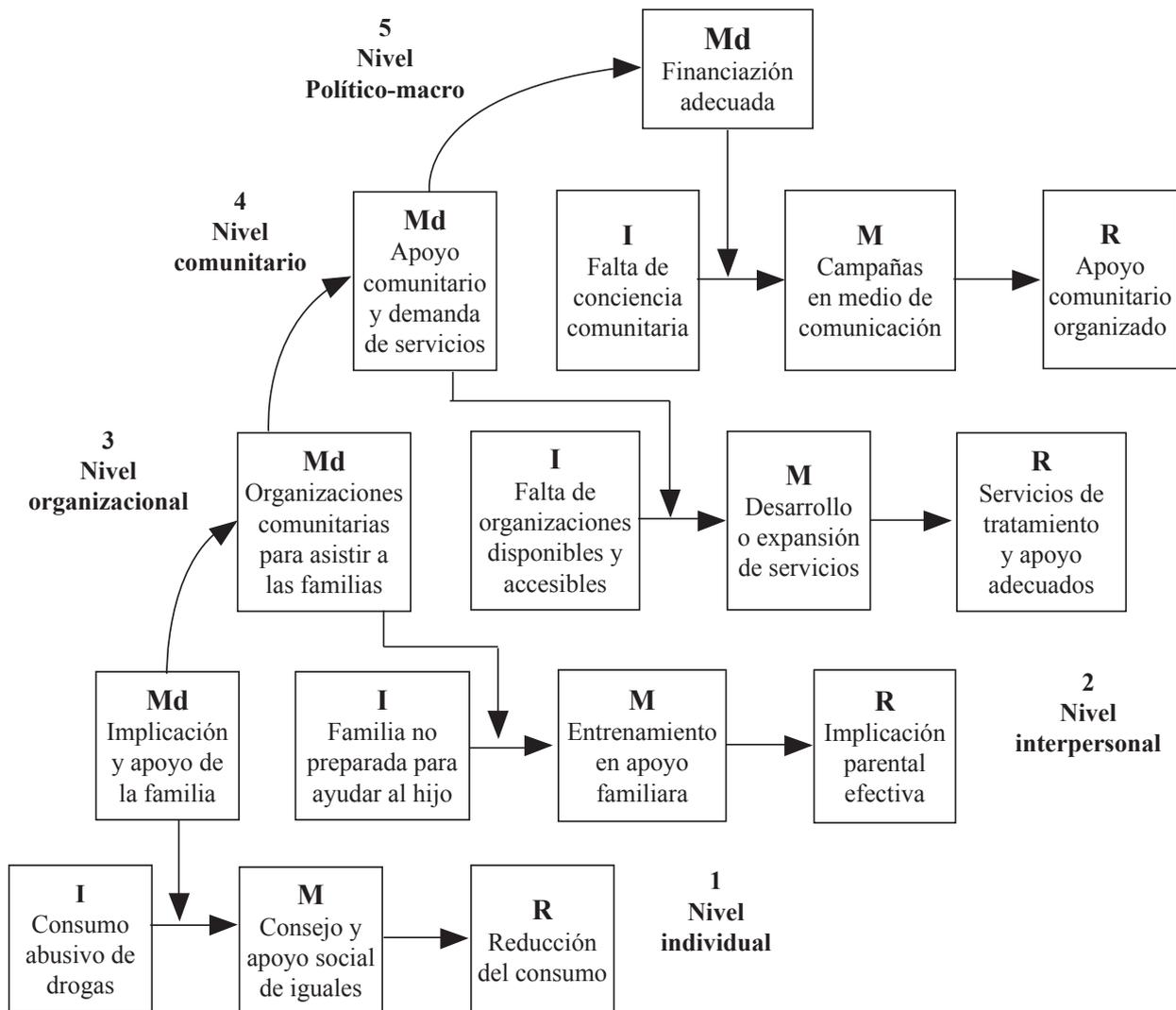
inventario de los servicios preventivos existentes, así como un análisis de las capacidades con las que cuenta la comunidad. Una forma de hacerlo es el diagnóstico evolutivo del segmento juvenil de la población, valorando sus recursos sociales y personales. Entre los primeros se valora, por ejemplo, el apoyo social, la potenciación comunitaria (*empowerment*), las expectativas y el uso productivo del tiempo; y entre los segundos las competencias sociales, la identidad positiva, los valores y el compromiso con el aprendizaje. Una segunda perspectiva es elaborar un mapa de recursos en el vecindario, haciendo una encuesta a los residentes sobre sus competencias y habilidades.

Los dos tipos de mapas que acabamos de mencionar pueden superponerse sobre los mapas de riesgo y protección, para valorar el ajuste entre necesidades y recursos.

Este método puede utilizarse para movilizar los recursos comunitarios infrautilizados, coordinar los servicios, mejorar la planificación, etcétera.

Modelos lógicos, preparación comunitaria e implantación

Un segundo reto crucial es asegurar la implantación efectiva del programa. Ya hemos señalado que la intervención comunitaria contemporánea se hace operativa generalmente a través de programas complejos, con múltiples componentes, que son especialmente sensibles a los problemas de implementación. Dos estrategias para sortear este tipo de dificultades son (a) la elaboración de una guía teórica que oriente el desarrollo y la evaluación del programa, y (b) el fomento de la participación y la capacitación comunitarias. Una vez más, ambas corresponden,



Md: Condición modificadora. **I:** Condición inicial. **M:** Factor mediador. **R:** Resultados.

Figura 3. Estrategias para la prevención de drogodependencias en jóvenes según los principios de la ecología social.

respectivamente, a los dos elementos en tensión a lo largo de todo el artículo: el conocimiento científico y los sistemas comunitarios.

Parte de la respuesta a estas inquietudes podemos encontrarla en los modelos y estrategias que proporciona la ecología social. Es una perspectiva que, para promover el cambio de comportamiento individual, toma en consideración el contexto social y cultural en el que tiene lugar. Aunque también actúa sobre las actitudes y motivaciones individuales, la intervención basada en este enfoque se dirige preferentemente a factores sociales, tales como las normas comunitarias, las relaciones interpersonales o la organización de los servicios. Tenemos un ejemplo, con cinco niveles de intervención, en la figura 3. La potencialidad de un esquema como éste es que permite bosquejar las mutuas influencias entre los diferentes componentes del programa, y se convierte en un referente para valorar la fidelidad de la implantación respecto al diseño original (Goodman, 2000).

Como vemos en la figura 3, el programa incide en variables de nivel individual, interpersonal, organizacional, comunitario y de planificación política. En cada nivel se formula una secuencia que lleva de la intervención a los resultados, pasando por factores mediadores. Y todos los niveles están a su vez relacionados entre sí, revelando una representación global del funcionamiento previsto.

Siguiendo con el ejemplo, es de destacar su carácter comprensivo. El programa propone en el nivel individual una combinación de consejo profesional y apoyo social por parte de los compañeros para reducir el consumo de drogas. Pero ambas estrategias son más efectivas si los adolescentes cuentan con el concurso familiar, y por eso se propone el entrenamiento a las familias en el nivel interpersonal. Del mismo modo, la intervención sobre los jóvenes y sus familias se ve facilitada cuando en el contexto hay suficientes organizaciones que trabajen en el tema; y si existe preocupación comunitaria por este tipo de servicios, así como políticas que los patrocinen. Es decir, si el contexto organizacional, comunitario y político es favorable. También en estos niveles se proponen actuaciones.

¿Qué aporta el enfoque ecológico –que acabamos de ilustrar– a la mejora de la implementación?

- En primer lugar, una visión organizada de los componentes del programa establece la secuencia de acciones a llevar a cabo, y proporciona el modelo lógico en el que supuestamente se asienta la efectividad de la intervención. Por eso sirve de guía para el desarrollo del programa y para su evaluación (Collins, 1997; Crider, & Friedenber, 1997; Dielman, 1997; Hansen, 1997; Moral, & Ovejero, 2005; Molina, 2007).
- En segundo lugar, desagrega el programa en micro intervenciones, lo que permite comprender los

múltiples mecanismos causales que están presentes en las intervenciones comunitarias complejas. Al mismo tiempo, es posible determinar si la obtención de resultados está de algún modo condicionada por el contexto comunitario de aplicación.

- En tercer lugar, sirve de base para realizar microevaluación. Por un lado, la desagregación anterior es necesaria para evaluar la exposición de los participantes al programa, estableciendo la “dosis” recibida de cada micro intervención. Paralelamente, se analiza la interacción entre los diferentes componentes.
- Por último, proporciona una especie de *andamiaje* para el desarrollo del programa. La intervención evoluciona a lo largo de varios estratos, que se desenvuelven secuencialmente, a medida que en cada componente se obtiene la madurez deseada. Este esquema resulta muy útil para adaptarse al nivel de preparación comunitaria, y ese es precisamente nuestro segundo tema de interés de cara a la implantación.

Tradicionalmente, el proceso de implantación se ha examinado desde el punto de vista de las organizaciones que aplican los programas. Por eso la orientación dominante ha consistido en proponer estrategias propias de la gestión de recursos humanos para mejorar la efectividad de la implementación. Sin embargo, el auge de la intervención comunitaria en las últimas décadas ha desplazado el énfasis hacia estrategias más consonantes con el nuevo contexto (Goodman, 2000; Yin, & Ware, 2000). Concretamente, se han propuesto modelos para trabajar en el desarrollo de coaliciones comunitarias y fortalecer las capacidades de la comunidad.

Por ejemplo, la formación de coaliciones pasa por distintas etapas que condicionan el desarrollo de cualquier programa. Hay una fase de movilización inicial, antes de establecer una estructura organizativa. A continuación se cimientan las capacidades para actuar, y se pasa a las fases de implantación, refinamiento e institucionalización. Para conseguir que las coaliciones de prevención de las drogodependencias evolucionen en el sentido previsto, se aplican generalmente estrategias de entrenamiento, de ayuda técnica y de evaluación. Y, en definitiva, se tienen en cuenta los métodos de reclutamiento de los ciudadanos, de formación de la estructura y las reglas de la coalición, y de potenciación de las capacidades de los residentes. Es importante que los participantes estén en condiciones de trabajar de forma abierta, conformando una red social unificada.

Todo este conjunto de sugerencias ha llevado a la elaboración de un inventario de las competencias de los residentes (y potenciales beneficiarios del programa) que resultan determinantes del proceso de implantación (Goodman *et al.*, 1998). Están compiladas en la tabla 4.

Según los resultados de la evaluación de programas, la preparación comunitaria y el desempeño de las coaliciones guardan relación con la tasa de abandonos y con la frecuencia de las recaídas (Goodman, 2000). La creación de consejos comunitarios de planificación se asocian con reducciones a largo plazo en el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas por parte de adolescentes (Pentz, 2000). Al parecer, la efectividad de los consejos comunitarios tiene que ver con el hecho de que facilitan que se establezcan lazos entre los miembros de la comunidad, y promueven la expresión de normas contrarias al consumo de drogas.

Finalmente, todos estos cambios se ven facilitados si están apoyados por una política preventiva instituida. Por ejemplo, a través de regulaciones para limitar el consumo entre adolescentes; limitando los puntos de venta de tabaco; controlando las zonas de no-fumadores; estableciendo un plan de financiación de acciones preventivas, etcétera. Las políticas presionan a los líderes comunitarios y a los residentes a seguir las recomendaciones de prevención, constituyen una expresión formal de la norma social, y son un compromiso público con la difusión de las prácticas preventivas (Pentz, 2000).

Estas políticas tienen más probabilidades de éxito si cuentan con el apoyo de organizaciones con un clima social adecuado y con el compromiso de líderes vinculados a otras iniciativas similares. También resulta efectivo combinar las estrategias educativas con otros componentes. Por ejemplo, un programa que actúa sobre la escuela, a la vez que lleva a cabo una campaña en los medios de comunicación puede reducir la norma social subjetiva que presiona hacia el consumo de drogas, aumentando la intolerancia hacia su uso. Como consecuencia de lo anterior es más probable que se consiga estimular el cambio de políticas a través de la movilización comunitaria (Kaftarian, & Wandersman, 2000; Pentz, 2000).

La secuencia de pasos que hemos ido desgranando en nuestro estudio de caso, se enumeran en la tabla 5.

Tabla 4. Capacidades comunitarias necesarias para la implantación de programas (Goodman *et al.*, 1998).

1.	Participación ciudadana activa.
2.	Liderazgo efectivo.
3.	Un amplio repertorio de habilidades.
4.	Accesibilidad a recursos.
5.	Redes sociales e inter-organizacionales establecidas.
6.	Fuerte sentido de comunidad.
7.	Comprensión de la historia comunitaria.
8.	Capacidad de actualizar el poder comunitario.
9.	Un conjunto de valores comunitarios claramente articulados.
10.	Capacidad de reflexionar críticamente para mejorar la intervención realizada.

De las evidencias científicas a la actuación profesional

El uso social del conocimiento científico ha sido un asunto central en las reflexiones de los psicólogos comunitarios desde la fundación de la disciplina (Chavis, Stucky, & Wandersman, 1983). Todavía hoy, en la psicología de la intervención social y comunitaria parece haber tensiones entre un enfoque de prevención científica y otro de investigación-acción participativa (Kelly, 2003). Este debate es paralelo a la discusión, también muy actual, sobre la contribución relativa de la psicología social experimental y el constructivismo en la psicología social (Jost, & Kruglansky, 2002).

A lo largo de estas páginas hemos visto reflejadas dichas tensiones en el proceso de intervención comunitaria, y más concretamente en la transferencia del conocimiento científico a la práctica profesional. La formulación de un modelo integrador centrado en la práctica (Wandersman, 2003), deja entrever que los programas de intervención concretos pueden beneficiarse de las precauciones que se proponen desde ambos enfoques. En nuestra opinión, se trata de un modelo sobre el proceso de incorporación del conocimiento científico por parte de los sistemas comunitarios. Por eso resulta un complemento necesario -en la práctica- a los conocimientos propios de la psicología

Tabla 5. Estrategias en la prevención de drogodependencias.

1.	Obtención de información sobre la prevalencia del consumo.
2.	Realización del perfil de riesgo y protección de la comunidad.
3.	Elaboración de un mapa de recursos sociales comunitarios.
4.	Diseño estratégico de la intervención, atendiendo a múltiples factores de riesgo y al período evolutivo de la población diana.
5.	Elaboración de un modelo lógico que guíe la intervención. Recurrir preferentemente a un esquema multinivel, basado en los principios de la ecología social. <ul style="list-style-type: none"> • Realización de micro intervenciones y microevaluación. Determinación de las dosis de exposición al programa. Valoración de la interacción entre los componentes del programa.
6.	Andamiaje de la intervención de acuerdo con los criterios de preparación comunitaria. <ul style="list-style-type: none"> • Gestión de recursos humanos. Atención a las fases en el desarrollo de las coaliciones comunitarias. Puesta en marcha de consejos comunitarios de planificación. Potenciación de las competencias comunitarias.
7.	Diseño de políticas preventivas. Regulaciones para controlar el consumo. Institucionalización de la prevención.
8.	Sistematización de la intervención por parte de las entidades patrocinadoras y gestoras de programas.

social (y probablemente a los de cualquier otra área de la psicología en el transcurso de su aplicación).

Los desarrollos más recientes relacionan la capacidad comunitaria y la formación de coaliciones con los resultados de la intervención (Chinman *et al.*, 2005; Feinberg, Greenberg, & Osgood, 2004; Flaspohler *et al.*, 2009; Wandersman *et al.*, 2008). Aplicándolo al caso de la prevención del maltrato infantil y la violencia juvenil, también se ha mostrado cómo la efectividad se ve afectada por la interacción entre las estrategias de traducción científica, la potenciación del sistema de apoyo y las estrategias de mejora de la implementación (Wandersman *et al.*, 2008).

En esa lógica, las estrategias de transferencia no se agotan con (1) la diseminación y la divulgación científicas, y cabe añadir al menos otras siete maneras de “salvar la brecha” entre ciencia y práctica. Concretamente han aparecido en nuestra revisión (2) la mejora continua de la calidad en la intervención planificada; (3) la colaboración entre investigadores y profesionales; (4) la potenciación comunitaria; (5) la sistematización de la práctica profesional; (6) la gestión de recursos, la mediación con la comunidad y con los medios de comunicación; (7) la gestión por resultados; y (8) el diseño de sistemas expertos de integración de la información.

Hemos podido comprobar el alcance de este enfoque con el estudio de caso de los programas de prevención de drogodependencias. Este tipo de intervención cuenta con una base teórica suficiente gracias a los principios de la ecología social y el modelo (epidemiológico) de riesgo y protección. Los programas se incorporan de modo efectivo en el desarrollo de coaliciones comunitarias. La puesta en práctica de consejos comunitarios de planificación refuerza la pertinencia de las actuaciones. Por último, las entidades que gestionan la intervención –preferentemente la Administración Pública– tienen un papel clave en el desarrollo de un “modelo integrador centrado en la práctica”. Por un lado, a través de políticas que institucionalizan la práctica preventiva; y, por otro lado, con regulaciones orientadas a estandarizar la intervención. De forma que –en el sentido que defendía Kurt Lewin (1946)–, permita valorar comparativamente los efectos de la acción social en diversos contextos sociales.

Algunas experiencias recientes parecen revelar una extensión paulatina de las estrategias de mejora de la transferencia ciencia-práctica en España. El Proyecto *Guía Salud* del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha editado un conjunto de guías de práctica clínica que recopilan la evidencia científica disponible y sistematizan la práctica profesional (Disponible en: <http://www.guiasalud.es>). Entre otros temas de atención primaria, se han publicado guías sobre la depresión mayor en el adulto, los trastornos de ansiedad, y la esquizofrenia y el trastorno psicótico (véase una referencia sobre la elaboración de guías clínicas en Martín Muñoz, & Ruiz Canela, 2008). También el Certificado Europeo de Psicología *Europsy* ha desarrollado un modelo de competencias para la evaluación de la

práctica profesional (Disponible en: <http://www.europsy.cop.es/>). Se trata de un marco que prevé competencias de traducción científica y potenciación comunitaria, entre otras. Finalmente, las prácticas externas –que se han extendido en la formación de grado y postgrado– facilitan la comunicación y la transferencia entre el ámbito académico y el mundo profesional, de forma que el *practicum* es un contexto especialmente apropiado para desarrollar las competencias de mejora de la implementación y desarrollo de aplicaciones (Maya Jariego, 2002, 2009). Con estos antecedentes, parece que los próximos años serán claves en las experiencias de transferencia ciencia-práctica en nuestro entorno más inmediato.

Referencias

- Arthur, M.W., & Blitz, C. (2000). Bridging the gap between science and practice in drug abuse prevention through needs assessment and strategic community planning. *Journal of Community Psychology*, 28 (3), 241-255.
- Biglan, A., & Taylor, T.K. (2000). Why have we been more successful in reducing tobacco use than violent crime? *American Journal of Community Psychology*, 28 (3), 269-302.
- Castro, F.G., Harmon, M.P., Coe, K., & Tafoya-Barraza, H.M. (1997). La investigación sobre prevención del abuso de drogas en poblaciones hispanas: aspectos teóricos y metodológicos y modelo genérico estructural. En *Métodos científicos para la investigación de intervenciones preventivas* (págs. 141-165). Madrid: FAD. [Edición original del *National Institute on Drug Abuse*. Rockville, 1994].
- Cázares, A. (1997). Investigación sobre intervenciones preventivas: enfoque y perspectiva. En *Métodos científicos para la investigación de intervenciones preventivas* (págs. 9-32). Madrid: FAD. [Edición original del *National Institute on Drug Abuse*. Rockville, 1994].
- Chavis, D., Stucky, P., & Wandersman, A. (1983). Returning research to the community: A relationship between scientist and citizen. *American Psychologist*, 38, 424-434.
- Chinman, M., Hannah, G., Wandersman, A., Ebener, P., Hunter, S.B., Imm, P., & Sheldon, J. (2005). Developing a community science research agenda for building community capacity for effective preventive interventions. *American Journal of Community Psychology*, 35 (3-4), 143-157.
- Collins, L.M. (1997). Trampas en el diseño, la medición y el análisis en la investigación en prevención sobre abuso de drogas y cómo evitarlas. Que el modelo sea la guía. En *Métodos científicos para la investigación de intervenciones preventivas* (págs. 79-94). Madrid: FAD. [Edición original del *National Institute on Drug Abuse*. Rockville, 1994].
- Crider, R., & Friedenberg, E. (1997). Resumen de las críticas realizadas por el comité evaluador del NIDA a los programas de investigación sobre prevención y epidemiología del abuso de drogas. En *Métodos científicos para la investigación de intervenciones preventivas* (págs. 129-140). Madrid: FAD. [Edición original del *National Institute on Drug Abuse*. Rockville, 1994].
- Dielman, T.E. (1997). Correcciones debidas al efecto del diseño en la investigación de intervenciones preventivas de

- base escolar: Tamaño de la muestra requerido y consideraciones sobre el análisis de datos. En *Métodos científicos para la investigación de intervenciones preventivas* (págs. 951-103). Madrid: FAD. [Edición original del *National Institute on Drug Abuse*. Rockville, 1994].
- Edwards, E.w., Jumper-Thurman, P., Plested, B.A., Oetting, E.R., & Swanson, L. (2000). Community readiness: Research to practice. *Journal of Community Psychology*, 28 (3), 291-307.
- Feinberg, M.E., Greenberg, M.T., & Osgood, D.W. (2004). Readiness, functioning, and perceived effectiveness in community prevention coalitions: A study of communities that careo *American Journal of Community Psychology*, 33 (3-4), 163-176.
- Fetterman, D., Kaftarian, S., & Wandersman, A. (Eds.) (1996). *Empowerment evaluation: Knowledge and tools for self-assessment and accountability*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Flaspohler, P., Stillman, L., Duffy, J. L., Wandersman, A., & Maras, M. (2008). Unpacking capacity: The intersection of research to practice and community centered models. *American Journal of Community Psychology*, 41 (3-4), 182-196.
- Goodman, R.M. (2000). Bridging the gap in effective program implementation: From concept to application. *Journal of Community Psychology*, 28 (3), 309-321.
- Goodman, R.M., Speers, M.A., McLeroy, K., Fawcett, S., Kegler, M., Parker, E., Smith, S., Sterling, T., & Wallerstein, N. (1998). An attempt to identify and define the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Education and Behavior*, 25, 258-278.
- Hansen, W.B. (1997). Formulación y ensayo de hipótesis en la investigación sobre prevención del consumo de drogas. En *Métodos científicos para la investigación de intervenciones preventivas* (págs. 51-62). Madrid: FAD. [Edición original del *National Institute on Drug Abuse*. Rockville, 1994].
- Jost, J.T., & Kruglanski, A.W. (2002). The estrangement of social constructionism and experimental social psychology: History of the rift and prospects for reconciliation. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 168-187.
- Kaftarian, S.J., & Wandersman, A. (2000). Bridging the gap between research and practice in community-based substance abuse prevention. *Journal of Community Psychology*, 28 (3), 237-240.
- Kellam, S.G. (1997). Verificación de la teoría de la investigación preventiva basada en el enfoque epidemiológico del desarrollo evolutivo. En *Métodos científicos para la investigación de intervenciones preventivas* (págs. 33-50). Madrid: FAD. [Edición original del *National Institute on Drug Abuse*. Rockville, 1994].
- Kelly, J.G. (2003). Science and community psychology: Social norms for pluralistic inquiry. *American Journal of Community Psychology*, 31 (3-4), 213-217.
- Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Human Relations*, 1 (2), 34-46.
- MacKinnon, D.P. (1997). Análisis de las variables mediadoras en la investigación sobre intervenciones preventivas. En *Métodos científicos para la investigación de intervenciones preventivas* (págs. 105-127). Madrid: FAD. [Edición original del *National Institute on Drug Abuse*. Rockville, 1994].
- Martín-Muñoz P., & Ruiz-Canela J. (2008). Guías de práctica clínica (1): conceptos básicos. *Evidencias en Pediatría*, 4,61.
- Martínez, M.F., García, M., & Maya Jariego, I. (2000). *Inserción socio-laboral de inmigrantes en Andalucía: el programa Horizon*. Junta de Andalucía, Consejería de Asuntos Sociales: Sevilla.
- Maya Jariego, I. (2002). Las prácticas de psicología comunitaria y la implicación de los estudiantes en el contexto social. *Revista de Enseñanza Universitaria*, 19, 135-147.
- Maya Jariego, I. (2003). Estudio de caso de un Centro de Acogida a Refugiados. En F. Loscertales, & T. Núñez (Comps.), *Comunicación e Intervención. Módulo 10: Revisión del proyecto y redacción final de la Tesis de Maestría. CD Interactivo*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Maya Jariego, I. (2009). Guía Europsy para la evaluación de la práctica supervisada en Psicología de la Intervención Social y Comunitaria. *V Encuentro de Docencia de la Facultad de Psicología*. Sevilla, 9 de junio de 2009.
- Maya Jariego, I., García, M., Santolaya, F.J. (2007). *Estrategias de intervención psicosocial. Casos prácticos*. Madrid: Pirámide.
- Molina, M. (2007). Sistemas de evaluación en las intervenciones en drogodependencias. *Apuntes de Psicología*, 25 (1), 103-104.
- Moral, M.V., & Ovejero, A. (2005). Un programa de intervención psicosocial para la mejora de las habilidades sociales de adolescentes consumidores de alcohol y otras sustancias psi coactivas. *Apuntes de Psicología*, 23 (1), 3-26.
- Morrissey, E., Wandersman, A, Seybolt, D., Nation, M., Crusto, C., & Davino, K. (1997). Toward a framework for bridging the gap between science and practice in prevention: A focus on evaluators and practitioner perspectives. *Evaluation and Program Planning*, 20 (3), 367-377.
- Pentz, M.A. (2000). Institutionalizing community-based prevention through policy change. *Journal of Community Psychology*, 28 (3), 257-270.
- Pentz, M.A. (1997). La población diana en la investigación de intervenciones preventivas: ¿Qué consideramos alto riesgo? En *Métodos científicos para la investigación de intervenciones preventivas* (págs. 63-78). Madrid: FAD. [Edición original del *National Institute on Drug Abuse*. Rockville, 1994].
- Wandersman, A. (2003). Community science: bridging the gap between science and practice with community-centered models. *American Journal of Community Psychology*, 31 (3-4), 227-242.
- Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L., et al. (2008). Bridging the gap between prevention research and practice: The Interactive Systems Framework for Dissemination and Implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41 (3-4), 171-181.
- Wandersman, A., Imm, P., Chinman, M., & Kaftarian, S. (1999). *Getting to outcomes: Methods and tools for planning, evaluation and accountability*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention.
- Wandersman, A., Imm, P., Chinman, M., & Kaftarian, S. (2000). Getting to outcomes: A results-based approach to accountability. *Evaluation and program planning*, 23, 389-395.
- Yin, R.K., & Ware, A.I. (2000). Using outcome data to evaluate community drug prevention initiatives: pushing the state-of-the-art. *Journal of Community Psychology*, 28 (3), 323-338.