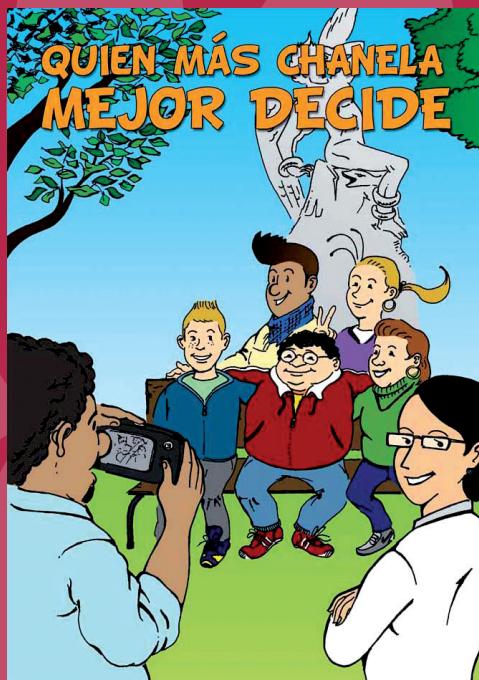


Resumen ejecutivo

Evaluación del Programa de prevención del consumo de sustancias *Romano Sastipen, 2013.*

Serie Cuadernos Técnicos n° 113



FUNDACIÓN SECRETARIADO GITANO

Este documento es el resumen del informe final de la evaluación del programa *Romano Sastipen*, realizada de enero a julio de 2013. La evaluación fue encargada por la Fundación Secretariado Gitano y financiada por el Plan Nacional sobre Drogas.

El programa *Romano Sastipen* es una intervención de prevención de drogas y promoción de la salud dirigida a población joven gitana y desarrollada por la Fundación Secretariado Gitano.

Financiado por:



Edición: Fundación Secretariado Gitano
Ahijones, s/n. 28018 Madrid
Tel.: 91 422 09 60 - Fax: 91 422 09 61
E-mail: fsg@gitanos.org
www.gitanos.org

Autoría:

Fundación Secretariado Gitano
Juan Andrés Ligeró Lasa (Director de la evaluación)
Óscar Franco Alonso (Evaluador principal)

Trabajo de campo

Equipo técnico de la FSG, dispositivos de: Albacete, Asturias (Área 3, Oviedo y Gijón), Cáceres, Castellón, Huesca, Jerez de la Frontera, Linares, Lugo, Madrid Cañada-Real, Madrid-Vallecas, Mérida, Palencia, Salamanca, Valencia, Vigo y Zaragoza. Óscar Franco Alonso y Juan Andrés Ligeró Lasa (evaluadores externos). Nuria Rodríguez Derecho (Departamento Inclusión Social de la FSG).

Coordinación interna FSG: María Teresa Andrés Martín y Nuria Rodríguez Derecho.

Diseño y edición:

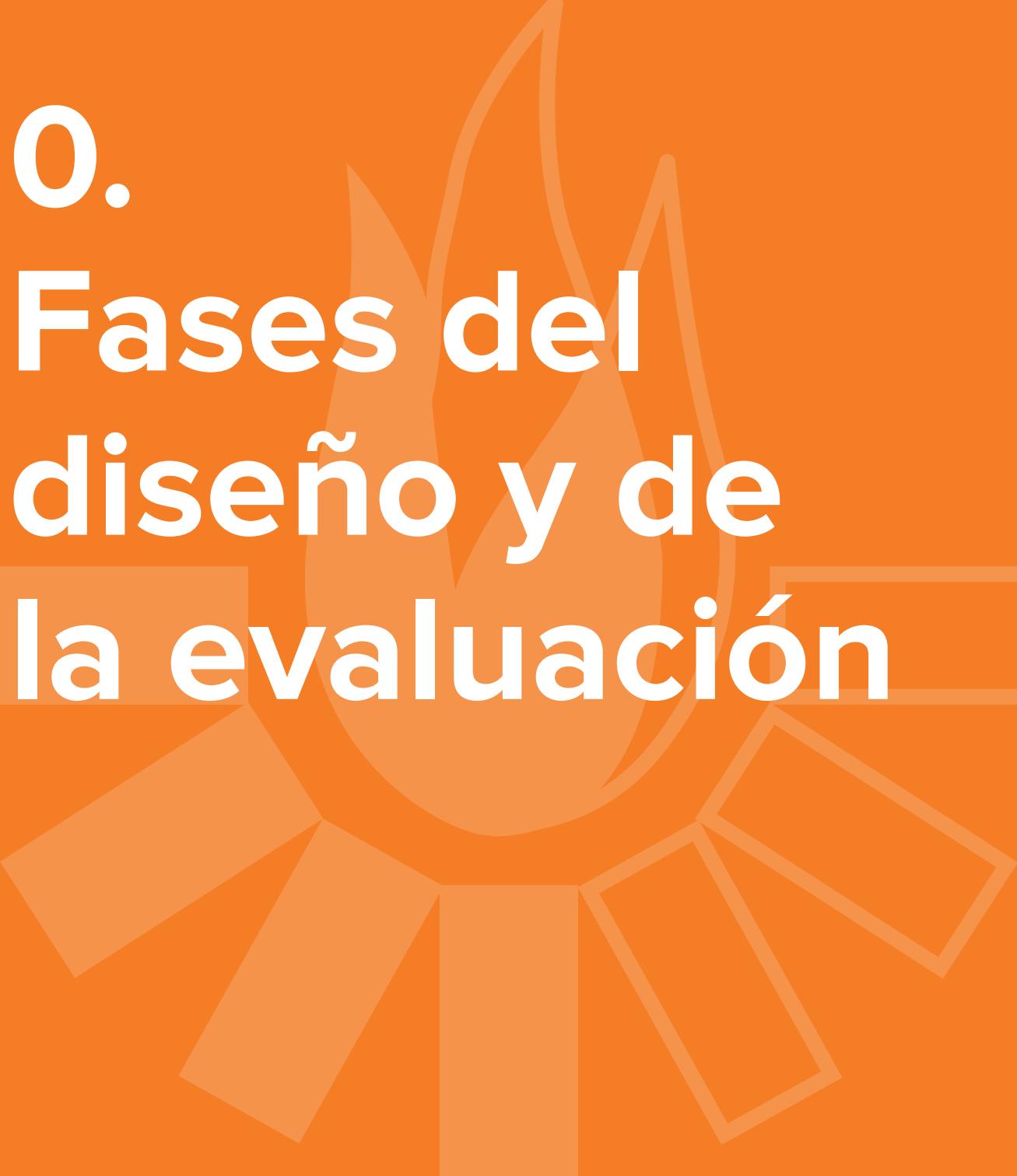
Pardedós
Dep. Legal: M-10106-2014
© Fundación Secretariado Gitano (FSG)
Madrid 2014
Serie Cuadernos Técnicos nº 113

ÍNDICE

0. Fases del diseño y de la evaluación	5
1. Encargo	7
2. Identificación del objeto de evaluación	9
2.1. Cómo es el programa romano sastipen	10
3. Elección de la aproximación evaluativa	15
4. Operacionalización	17
4.1. Preguntas de evaluación o criterios. Trabajo vertical	17
4.2. Indicadores. Trabajo horizontal	17
4.3. Técnicas y fuentes	21
5. Elecciones metodológicas para la evaluación de impacto	25
6. Trabajo de campo	29
7. Análisis de datos.	33
7.1. Análisis cuantitativos	33
7.2. Análisis cualitativos	34
8. Interpretación	37
8.1. Primer nivel de interpretación	41
Resultados	41
Procesos ¿a qué se deben estos resultados? Estudio de la implementación del programa.	45
Trabajo con familias	50
Estructura	54
8.2. Interpretación final.	56
9. Referencias bibliográficas	61

0.

Fases del diseño y de la evaluación

A large, stylized sunburst graphic in shades of orange and white, centered behind the text. The sunburst has a central vertical stem and several radiating rays, some of which are solid and others are hollow outlines.

0. FASES DEL DISEÑO Y DE LA EVALUACIÓN

Entendemos la evaluación como un proceso integral que desde la recepción del encargo va encadenando una serie de fases sucesivas que finalizan en las recomendaciones de mejora. El diseño y el trabajo de campo conducen a la interpretación de lo que ocurre en el programa, de lo que se puede deducir un enjuiciamiento de los méritos y valores para acabar realizando propuestas para la mejora. El proceso de evaluación prevé también la comunicación de resultados y las estrategias para incrementar la influencia de la evaluación en el entorno o sistema donde está inserto el programa.

La evaluación se ha diseñado y ejecutado inspirada por la siguiente secuencia para diseñar y realizar evaluaciones (Bustelo y Ligeró: 2012).

FASES DE LA EVALUACIÓN

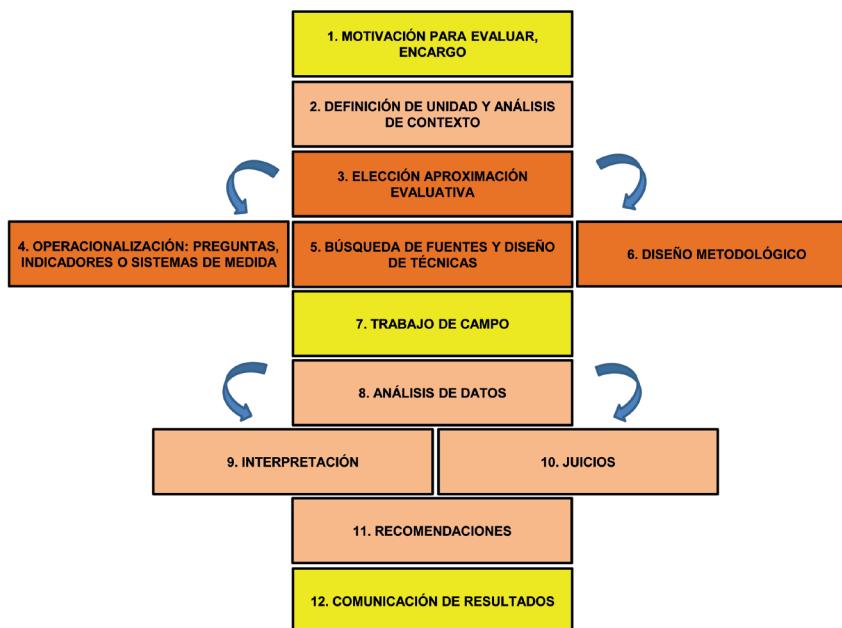
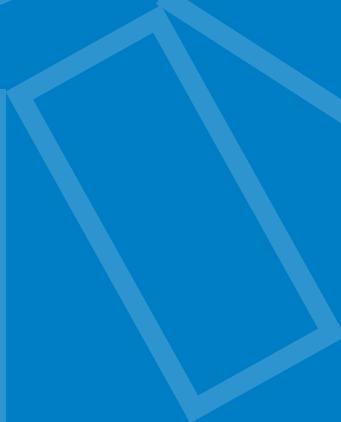
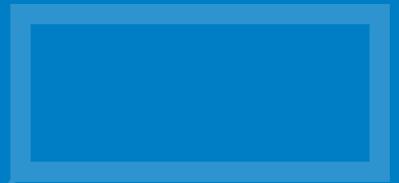


Gráfico: *Fases de la evaluación* (fuente: www.magisterevaluacion.es).

1.

Encargo



1. ENCARGO

La evaluación surge por el interés de la Fundación Secretariado Gitano (FSG o Fundación) por realizar una evaluación del programa *Romano Sastipen*. La intención inicial era poder evaluar el logro de los objetivos para poder rendir cuentas sobre el trabajo que se hace. Con posterioridad, se vio lo apropiado de incluir aspectos de procesos y elementos estructurales para facilitar la comprensión sobre por qué y cómo se dan dichos efectos. Una mayor comprensión de las causas ofrecería una mejor base para establecer un proceso de mejora continua del programa. La propuesta de evaluación así lo definió.

De las reuniones y contactos tenidos para concretar el encargo se destacaron con más detalle los siguientes propósitos:

- Conocer si el programa contribuye al cumplimiento de los objetivos finales, especialmente la disminución de la prevalencia del consumo de drogas.
- Evaluar si el marco teórico en el que se apoya el programa es claro, congruente y conduce con su desempeño a los objetivos previstos.
- Evaluar la puesta en marcha, la implementación del proyecto.
- Contar con un modelo de evaluación que pueda ser utilizado en otros momentos para evaluar el programa.

Con estas orientaciones se inició el proceso de diseño y de evaluación. Hemos realizado el trabajo con independencia, tomando con libertad todas las decisiones técnicas y metodológicas que hemos considerado necesarias sin ningún tipo de injerencia, con las únicas limitaciones temporales y presupuestarias que habíamos acordado al inicio del encargo. Durante todo el proceso la FSG (a través del Departamento de Inclusión Social, en concreto de Nuria Rodríguez Derecho y de María Teresa Andrés Martín) nos ha apoyado y ha atendido todas las peticiones que les hacíamos, facilitando enormemente el trabajo y mostrando confianza plena en el proceso de evaluación.

2.

Identificación del objeto de evaluación

The background features a large, stylized sun with a gear-like base. The sun's rays are represented by several rectangular shapes of varying lengths and orientations, radiating from a central circular area. The entire graphic is rendered in a light teal color against a darker teal background.

2. IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO DE EVALUACIÓN

Para conocer en detalle como es realmente el programa se ha realizado un ejercicio exhaustivo de identificación y concreción de la intervención que hemos denominado sistematización.

La sistematización consiste básicamente en graficar el modelo lógico o teoría del cambio del programa, lo que a su vez permite explicitar los supuestos causales en los que se apoya la intervención. Es decir, se explicitan cuáles son los resultados que se pretenden conseguir, qué cosas se hacen realmente para lograrlos y en qué recursos se apoya. Esta definición amplia y sistémica permite identificar las relaciones causales que existen entre las diferentes dimensiones de una intervención.

Esta cadena lógica tiene los siguientes pasos generales, 1) los elementos estructurales previos deben ser las condiciones necesarias para poder ejecutar correctamente el trabajo. 2) El trabajo bien diseñado y bien ejecutado debe conducir al logro de los primeros resultados, y 3) éstos, a su vez, al logro de los objetivos finales. Es una sucesión causal que va desde los medios hasta los efectos. La apuesta que hace cada programa, sea de forma explícita o implícita, y los supuestos causales en los que se apoya, es la teoría del cambio. La evaluación va a tratar no solo de ver si se han cumplido los resultados sino también la existencia de relaciones entre lo que se hace y lo que se consigue.

Para llegar a la sistematización del programa hemos hecho un primer trabajo de campo cuyo objetivo, en esta fase, no era evaluar sino identificar con claridad la intervención. Para ello hemos utilizado las siguientes técnicas:

- Estudio de la documentación operativa del programa y bibliografía afín.
- Observaciones. Se realizaron diversas observaciones participantes (n=7). Esto ha sido especialmente importante, ya que se trata de un programa que se desarrolla en diferentes provincias y localidades de España, lo que exigía conocer las diversas realidades de los diferentes dispositivos (durante el año 2011 se aplicó el programa en 23 localidades y en 11 comunidades autónomas distintas).
- Entrevistas. Se han realizado entrevistas con diferentes técnicos/as y responsables.

- Talleres. Se ha contrastado y ajustado la sistematización del programa en 3 talleres: con los responsables del programa, con el Grupo de Salud¹ de la FSG y el equipo técnico del programa.

2.1. CÓMO ES EL PROGRAMA ROMANO SASTIPEN

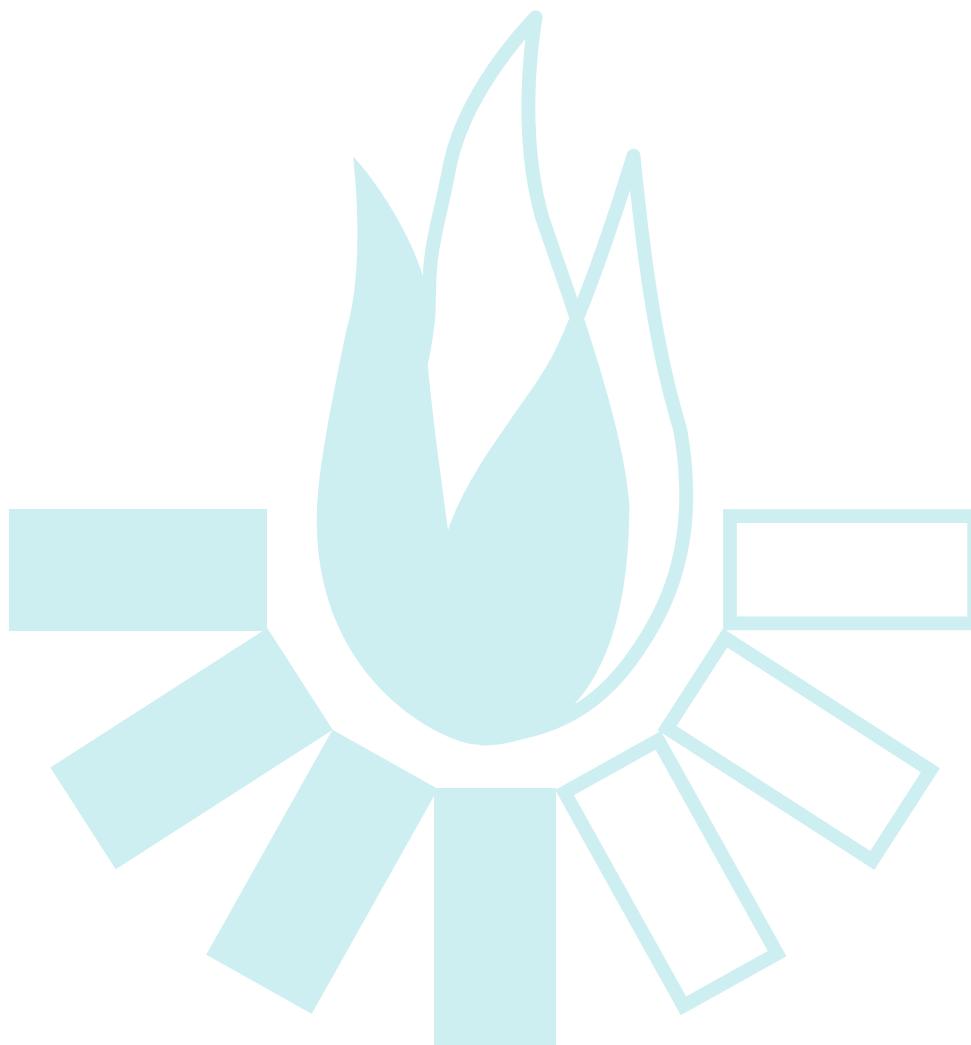
El programa *Romano Sastipen* (salud de la población gitana, en romaní) es una intervención preventiva del consumo de drogas que la Fundación desarrolla desde hace más de 15 años. Está dirigido a menores y jóvenes gitanos/as en riesgo o en situación de exclusión social e interviene directamente con ellos/as; aunque trabaja sin limitaciones étnicas (también con población no gitana aunque son minoritarios dentro de la totalidad de la intervención).

Para provocar los cambios preventivos en los/as jóvenes además de una acción directa con chavales/as se asume una perspectiva de intervención más amplia, trabajando con familias y con mediadores/as naturales. Las esferas de intervención donde se suele ejecutar el programa son la calle, el barrio, los locales de la FSG, centros educativos, centros sociales y hogares en el caso del trabajo con familias. El programa se desarrolla en diferentes dispositivos de la FSG en España, coordinados pero con cierta autonomía en su práctica.

La juventud en el contexto gitano puede tener aspectos diferenciados con la población general. El límite de “juventud” con la edad “adulta” está delimitado más que por la edad por el rol social que desempeñan. Dejarían de considerarse población joven cuando su rol es el de adulto, ya sea por trabajo, por la responsabilidad del casamiento u otras situaciones. Esto suele darse entre los 16 y 18 años aunque no es una regla fija. Esta definición de juventud es la que ha tenido en cuenta la evaluación.

En el gráfico siguiente se recogen los principales elementos del programa que permiten su definición.

1 Grupo de Trabajo de técnicos/as del área de salud de la FSG.



ELEMENTOS ESTRUCTURALES (generales a toda la población)

POSICIONAMIENTO FSG

PERSONAL TÉCNICO

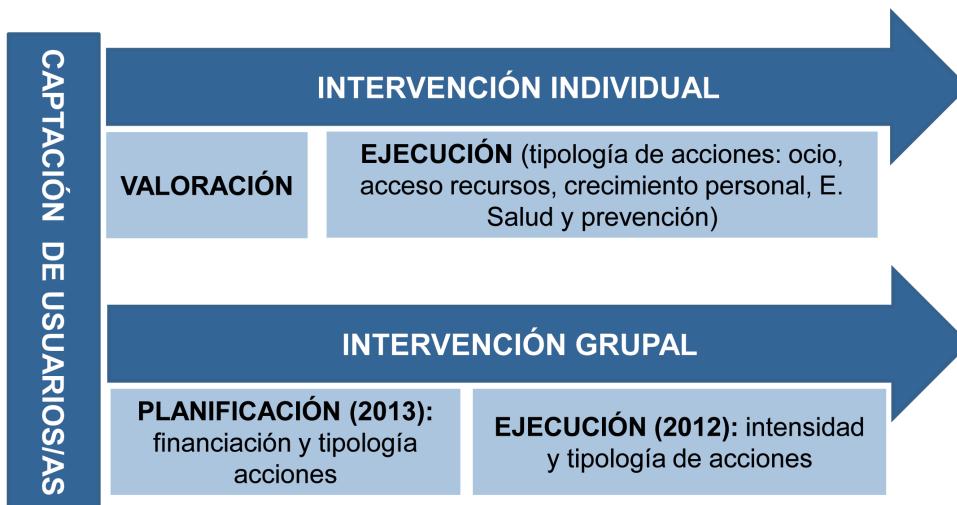
TRABAJO CON FAMILIAS

PROCESOS



TRABAJO CON JÓVENES

PROCESOS



ESQUEMA TEORÍA DEL CAMBIO ROMANO SASTIPEN

ELEMENTOS ESTRUCTURALES (generales a toda la población)

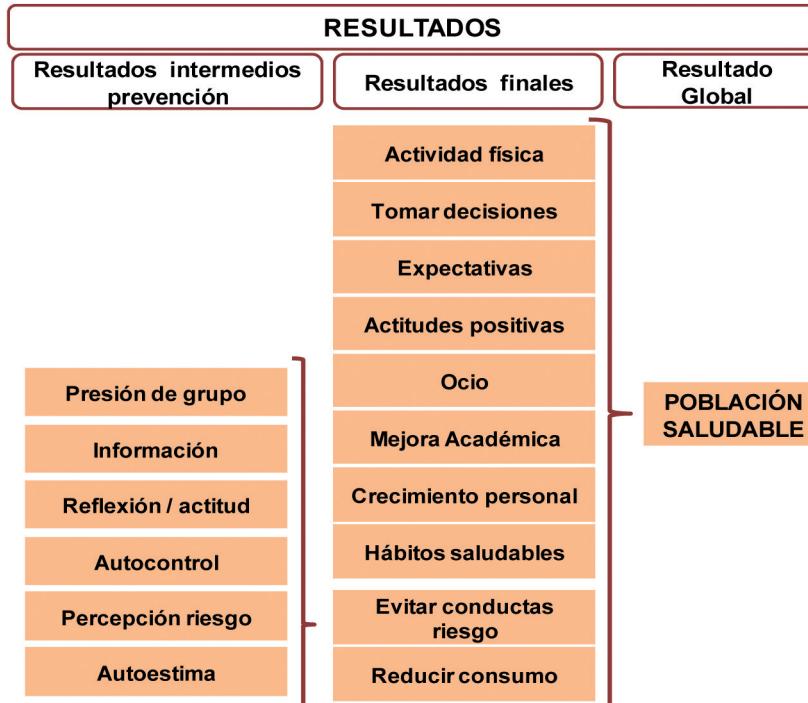
RECURSOS

DISCURSO SOBRE SALUD

TRABAJO CON FAMILIAS

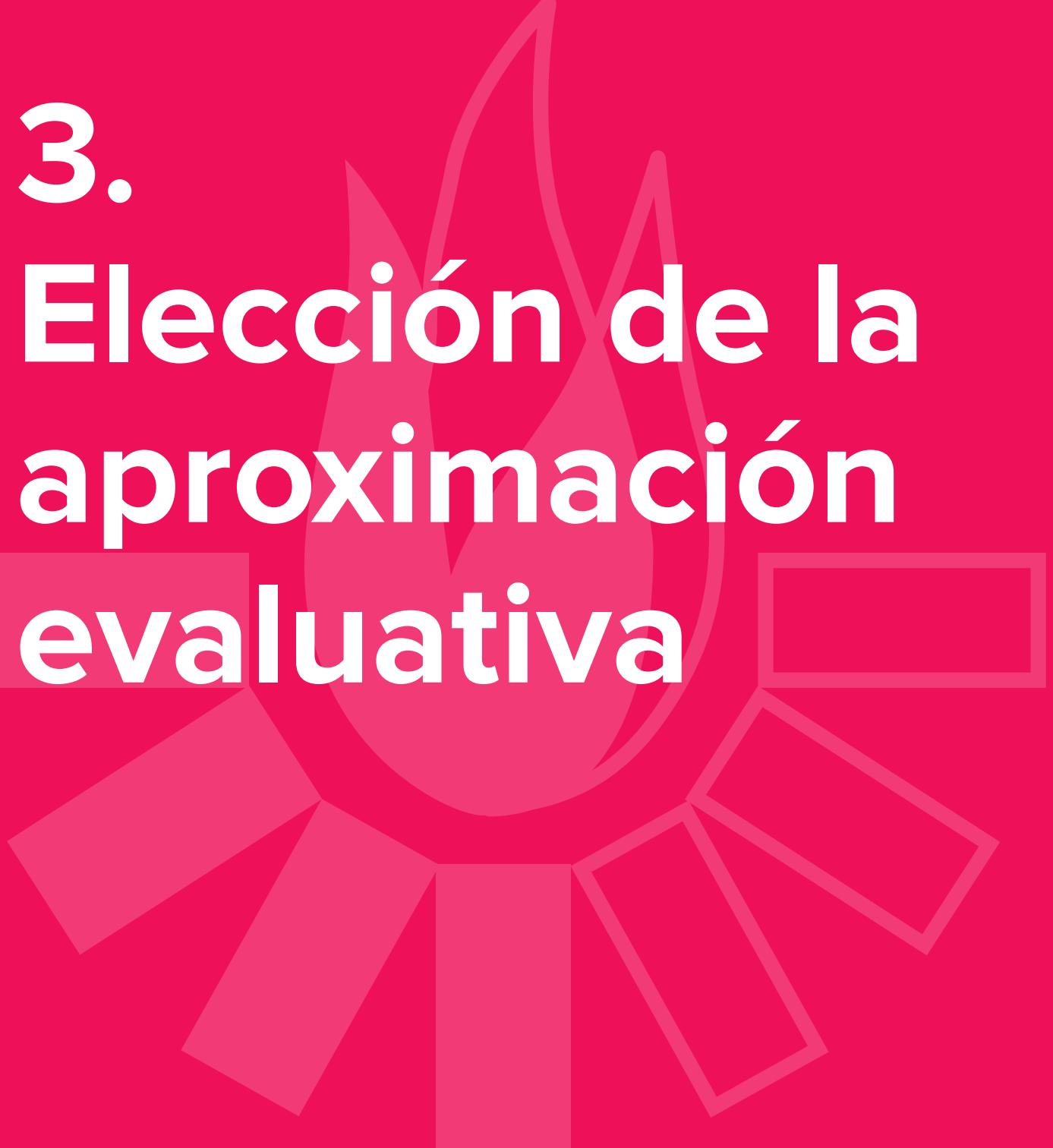


TRABAJO CON JÓVENES



3.

Elección de la aproximación evaluativa



3. ELECCIÓN DE LA APROXIMACIÓN EVALUATIVA

Como se hacía referencia en las características de la evaluación, hemos optado por una evaluación orientada por la teoría. *De forma resumida se puede definir la evaluación de la teoría del programa como un proceso que en primer lugar identifica cómo funciona la intervención y qué resultados pretende obtener construyendo un modelo teórico del programa, y, en segundo lugar, estructura todo el proceso de indagación a través de dicho modelo teórico. No solamente se va a evaluar si se han logrado los objetivos sino también se podrán identificar los mecanismos causales que han conducido a ellos* (Ligero, 2011: 19).

La razón para optar por esta aproximación es porque nos permitía rendir cuentas sobre los resultados pero también establecer un método de evaluación que nos condujese hacia la comprensión de las causas de los efectos para poder plantear acciones de mejora.

En la práctica el *modelo obtenido, la teoría, es usado como un marco para determinar las variables que deben ser medidas en la evaluación*” (Davidson, 2000: 18). *Las cuestiones deben cubrir toda la lógica de la intervención para después poder comprobar las relaciones causales que asume el programa. Si no se obtiene información de los aspectos clave se corre el riesgo de no poder analizar la congruencia de la teoría* (Ligero, 2011: 35).

La sistematización del programa fue el modelo que ayudó a la formulación de preguntas. En las entrevistas con los diferentes actores y en dos talleres expusimos la teoría del cambio, y una vez ratificada por los diferentes *stakeholders*, se propuso formular preguntas de evaluación. Es decir, se les invitó a pensar que es lo que realmente querían evaluar de los resultados, procesos y elementos estructurales.

4.

Operacionalización



4. OPERACIONALIZACIÓN

La operacionalización es un proceso deductivo que desde los criterios va estableciendo los subcriterios (preguntas), los indicadores y sus correspondientes fuentes de verificación. De forma secuencial y lógica se va pasando por diferentes fases que desde el concepto más general y abstracto van aportando un mayor grado de concreción. Esta cadena finaliza en el diseño o búsqueda de las fuentes de extracción de información para cada uno de los indicadores (Ligero, 2011).

4.1. PREGUNTAS DE EVALUACIÓN O CRITERIOS. TRABAJO VERTICAL

Una vez elaborada la sistematización del programa y escogida la aproximación evaluativa, en este caso evaluación orientada por la teoría, el siguiente paso fue identificar las preguntas de evaluación o criterios.

Se identificaron las preguntas observando la sistematización y pensando qué cuestiones serían interesantes evaluar de cada una de las dimensiones. En esta evaluación hemos compatibilizado este enfoque con cierta orientación a los actores. Preguntamos al equipo técnico y responsables (en entrevistas y talleres) qué cuestiones les preocupaban y qué es lo que realmente querían evaluar del programa.

La combinación de lo sugerido por la teoría, de los actores y del propio equipo de evaluación dio lugar a un conjunto de preguntas. Las preguntas son todas aquellas cuestiones que la evaluación va a abordar y a las que debe contestar. Se analizaron en función de los criterios de pertinencia, economía y oportunidad, la selección final conformó la primera columna de la matriz de evaluación.

4.2. INDICADORES. TRABAJO HORIZONTAL

La evaluación debe describir cómo se va a contestar a las preguntas. Los indicadores son variables medibles que buscan acercarse lo más posible al concepto o pregunta a medir, *aunque frecuentemente tienen que conformarse con reflejar la realidad de fenómenos paralelos, similares o parciales del concepto buscado, aportando a la evaluación solamente una aproximación a la información buscada*

(Ligero, 2011). *Los indicadores son rasgos que tienen relaciones directas con los procesos causales, pero que en sí mismos no forma parte de los mecanismos que están directamente asociados con la causalidad* (Rutter, 2000: 40).

Se debe definir al menos un indicador para cada pregunta y puede haber diversos indicadores, más o menos directos, para contestar una misma cuestión. La identificación de indicadores no es un proceso automático, un mayor conocimiento de la materia a evaluar ayuda mucho para identificar buenos indicadores. También la bibliografía o el estudio de otras evaluaciones de referencia orientan sobre qué sistemas de medida utilizar. Señalamos algunos de los indicadores de impacto seleccionados.

- **Salud. Indicador: Estado de salud percibido.** *En los últimos doce meses, ¿Diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?*

A pesar de la aparente simplicidad de una pregunta como ésta, la respuesta aporta una información de gran valor epidemiológico. Las personas que responden que su estado de salud es muy bueno o bueno son también las personas que menos utilizan los servicios de salud, acumulan menos problemas de salud (tanto cuando ellos mismos relatan los problemas de salud que padecen, como cuando quien realiza el examen de salud es personal sanitario) y, quizá esto sea lo más interesante, son también las personas que menos probabilidad de fallecer tienen en los próximos años.

La relación entre la respuesta positiva o negativa a esta pregunta y la probabilidad de fallecer fue expuesta por primera vez de forma confiable por Mossey y Sahpiro en 1982, a partir de un estudio longitudinal en Manitoba (Canadá). Posteriormente, se han ido sucediendo diferentes réplicas de este estudio en diferentes países y con diferentes grupos sociales. En ellos se encuentra una mayor probabilidad de fallecer entre aquellos que cuentan con un peor auto percepción de su estado de salud, tanto en mujeres como en hombres, en los diferentes niveles socioeconómicos, para las diferentes edades, en diferentes países y para diferentes grupos étnicos.

El estado de salud percibido está asociado con diferentes aspectos de la posición social como son el nivel educativo, el grupo socioeconómico o el grupo étnico de pertenencia. Cuando peor es la posición social más probable es que se describa el propio estado de salud como malo o muy malo y, al mismo tiempo, también es más probable contar con elevadas tasas de mortalidad para diferentes causas de fallecimiento.

En cualquier caso, puesto que cada persona y grupo social tiene conceptos de salud diferenciados, un indicador subjetivo de este tipo puede variar según las percepciones de la salud y por tanto se debe ser prudente a la hora de realizar comparaciones directas entre grupos sociales con diferente situación socioeconómica o con componentes culturales distintos. Se trata de un indicador dependiente tanto del estado de salud como de las percepciones sobre el estado de salud (FSG, 2009: 22)²

- **Indicadores de prevalencia de consumo.** Se han revisado diferentes fuentes y se han seleccionado una serie de indicadores que suelen utilizarse para medir el uso y consumo de tabaco, alcohol y cannabis. No obstante, el criterio para calcular la prevalencia puede ser diferente dependiendo de los criterios que se utilicen. En la tabla indicadores de prevalencia de sustancias, se exponen los indicadores, las fuentes de dónde se han obtenido y algunos de los criterios definidos para estimar la prevalencia.

Tabla: Indicadores de prevalencia de sustancias		
Sustancias	Indicadores de prevalencia: alcohol, tabaco y cannabis	Criterio cálculo prevalencia
Haber fumado alguna vez en la vida	- MTF - Estudes - ENS Población Gitana	MTF: En una o más ocasiones en la vida.
Haber fumado últimos 30 días	- MTF - Estudes	MTF: Todos los días en los últimos 30 días.
Haber bebido alcohol alguna vez en la vida	- MTF - Estudes	MTF: Haber bebido 20 o más días en los últimos 30 días.

² Esta pregunta también fue replicada en la Encuesta Nacional de Salud de la Población Gitana (FSG, 2009).

Tabla: Indicadores de prevalencia de sustancias

<i>Binge Drinking</i> últimos 15 días	- MTF	MTF: El <i>Binge Drinking</i> se considera haber bebido 5 o más bebidas alcohólicas en menos de dos horas al menos en alguna ocasión en los últimos 15 días.
<i>Binge Drinking</i> últimos 30 días	- Estudes	Estudes: Consumir en la misma ocasión 5 o más bebidas alcohólicas para los hombres y 4 ó más para las mujeres.
Haber consumido cannabis alguna vez en la vida	- MTF - Estudes	MTF: Consumir en una o más ocasiones en la vida.
Haber consumido cannabis últimos 12 meses	- MTF - Estudes	MTF: Consumir en una o más ocasiones en los últimos 12 meses.
Haber consumido cannabis últimos 30 días	- MTF - Estudes	MTF: Consumir en una o más ocasiones en los últimos 30 días.

- Uso, riesgo, disponibilidad y desaprobación.** El proyecto *Monitoring the Future (MTF)*, mantiene mediciones de diferentes aspectos de la juventud de EE.UU. desde hace varios años. Es un buen recurso para extraer indicadores ya que permite establecer comparaciones con jóvenes norteamericanos. En el caso de las drogas, mantienen unas interesantes series temporales desde los años 70 para uso, percepción de riesgo, desaprobación y disponibilidad de diferentes sustancias. En esta evaluación hemos asumido los mismos indicadores, primero porque son preguntas validadas y, segundo, porque permiten comparaciones tanto con MTF, Estudes (PNSD), como con otros estudios que usan formulaciones similares.

- **Percepción de riesgo.** Según estudios de Bachmann (Bachmann y otros, 2002) y SAMHSA, apoyados en MTF, existe una correlación entre la percepción de riesgo y el consumo. Por lo que una variación en la percepción de riesgo se puede considerar como una variación en el consumo de sustancias (al menos en el caso del cannabis).
- **Evitación de situaciones de riesgo.** Para elaborar este indicador hemos optado por incluir una serie de situaciones que pueden considerarse de riesgo y que son abordadas por el programa *Romano Sastipen*. Se han extraído del manual básico que utiliza el equipo técnico para preparar las formaciones y que es específico del programa (Arbex, 1998).
- **Ocio.** Se han utilizado los indicadores extraídos del estudio de “Ocio de los Jóvenes Madrileños”, adaptándolo al contexto de población joven gitana. Los dos indicadores recogidos han sido: auto-percepción de haber disfrutado del tiempo libre y enumeración de acciones de tiempo libre realizadas.

4.3. TÉCNICAS Y FUENTES

Todos los indicadores requieren obtener la información de una técnica o fuente de datos. Se han diseñado cinco grandes fuentes de información para contestar a todos los indicadores:

1. **Cuestionario a Jóvenes:** Se diseñó un cuestionario dirigido a jóvenes gitanos/as de entre 9 y 16 años (público destinatario de las acciones de *Romano Sastipen*) y otro cuestionario similar para jóvenes no participantes que han compuesto el grupo de comparación. El cuestionario ha tenido mucho peso para la medición de los resultados del programa.

El cuestionario ha sido on-line, auto cumplimentado, realizado a través de la plataforma *encuestasfácil.com*. Las/os jóvenes lo han podido rellenar desde un ordenador, *tablet* o teléfono móvil inteligente. Consta de 62 preguntas y se ha tardado aproximadamente entre 10 y 15 minutos de media en cumplimentarlo. El tiempo que estuvo abierta la aplicación fue de 3 meses (mediados de marzo hasta mediados de junio).

En el caso de las/os jóvenes de la FSG se trata de un censo ya que debían rellenarlo la totalidad de participantes del programa (aunque ha habido casos de no respuesta). En el caso del grupo

de comparación debido a la dificultad de localizar a población de similares características que el grupo experimental, optamos por una selección a través de muestreo bola de nieve. Las/os jóvenes rebotaban el *link* del cuestionario a otros amigos o amigas a través del e-mail, *Facebook*, *Twitter* u otras redes sociales. También estaba colgado el link en la página web de la FSG (www.gitanos.org). Para motivar y animar a la contestación del cuestionario, sobre todo en el grupo de comparación, anunciamos previamente el sorteo de un regalo. Una vez cerrada la encuesta procedimos al sorteo y se entregó dicho regalo a la persona ganadora.

- 2. Cuestionario a Familias:** Se pidió un censo de familias sobre el que se seleccionó una muestra aleatoria de 62 personas³, con un error muestral de 10,31%. El cuestionario tenía un tamaño de 26 preguntas. Los entrevistadores/as han sido el equipo técnico del programa. La entrevista se realizaba presencialmente y con posterioridad se grababa en la plataforma on-line.

Con esta encuesta se han intentado medir los resultados obtenidos en las familias, también se han incluido preguntas sobre procesos, además de cuestiones que debían ser contestadas por el propio equipo técnico sobre la intervención con el grupo familiar.

- 3. Registros:** Se ha solicitado a los diferentes dispositivos información y datos relacionados con el programa. A modo de memoria se les han hecho preguntas sobre el ejercicio 2012 y sobre las propuestas del 2013. Las preguntas estaban centradas en actividades, usuarios/as y personal técnico del programa. También hemos incluido algunas preguntas sobre formas de trabajo. Hemos preguntado a todos los dispositivos que han participado en el programa. Los datos también se han volcado en un registro on-line.
- 4. Historias de Vida:** Esta técnica es un cuestionario sobre las características y el trabajo realizado con jóvenes. Es un estudio detallado que tiene que rellenar el equipo técnico. Las preguntas están relacionadas principalmente con problemáticas, objetivos, intervenciones y trayectorias personales.

De las/os jóvenes con los que se trabaja con mayor intensidad (nivel 3), se ha seleccionado una muestra al azar (66 sobre 326), el error muestral es de 11%. Se ha volcado la información en un cuestionario on-line habilitado para ello.

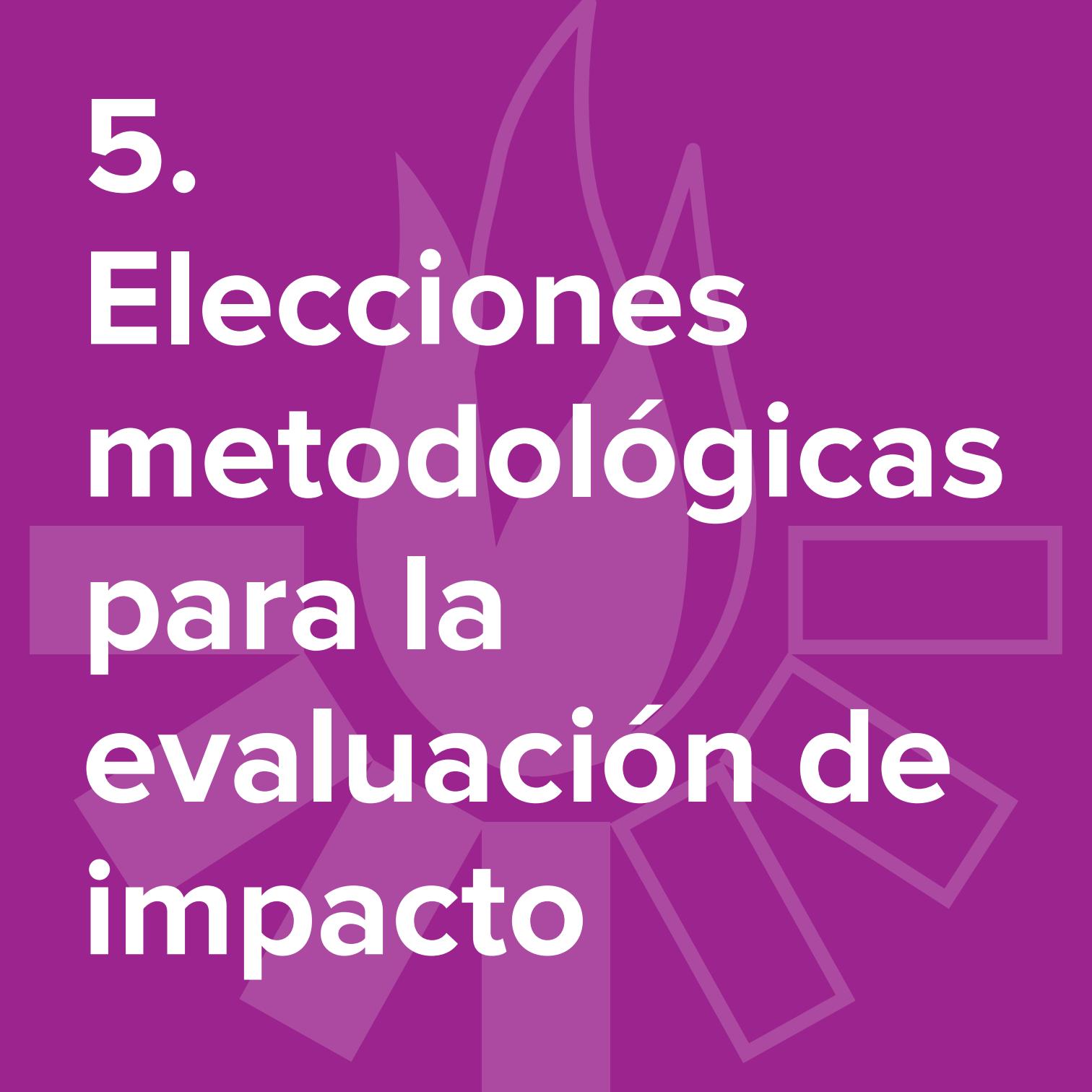
3 Este cuestionario lo han rellenado aquellas familias con las que se trabaja desde la FSG con una mayor intensidad, es decir, nivel 3. El cuestionario fue cumplimentado por un miembro representativo de cada familia.

5. Fuentes Secundarias: Hemos recopilado información y datos existentes sobre población gitana para establecer comparaciones u orientaciones con nuestra población de estudio. Las fuentes principales han sido:

- a.** Encuesta Nacional de Salud, población gitana (FSG, 2009).
- b.** Diagnóstico Social de la Comunidad Gitana en España (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).
- c.** Población Gitana Española y del Este Europeo (FSG, 2011).
- d.** Mapa sobre Vivienda y Comunidad Gitana en España (FSG, 2007).

5.

**Elecciones
metodológicas
para la
evaluación de
impacto**

The background features a stylized tree with a thick trunk and several large, pointed leaves. The tree is rendered in a light purple color against a darker purple background. Scattered around the tree are several rectangular shapes, some solid and some outlined, in various orientations and colors (light purple, white, and dark purple).

5. ELECCIONES METODOLÓGICAS PARA LA EVALUACIÓN DE IMPACTO

La evaluación de los resultados del proyecto se ha apoyado en 2 estrategias básicas:

1. Comparación del Cuestionario a Jóvenes realizado entre los usuarios/as de la FSG (grupo experimental) y el grupo de comparación.
2. Correlación positiva entre los objetivos/resultados y la intensidad de participación en el programa (presuponiendo la hipótesis de que a más intensidad en la intervención se darán mejores resultados). Este análisis se ha apoyado en regresiones lineales o logísticas.

Ambas estrategias tratan de controlar la influencia de otras posibles variables independientes. En el primer caso se buscó la homogeneidad de los grupos en una serie de variables clave, para el segundo se introdujo en la ecuación de regresión tres variables estructurales para su control: edad, sexo y clase social.

ESTRATEGIA 1: contraste con grupo de comparación

Este análisis se ha apoyado principalmente en el Cuestionario a Jóvenes (pertenecientes o no al programa). Dada la dificultad de llegar a la población joven gitana con los que no haya intervenido la FSG u otras entidades similares, no se ha podido diseñar un muestreo aleatorio. Se ha optado por llegar a ellos y ellas a través de la técnica *bola de nieve* y con posterioridad procurar la homogeneidad de las diferentes variables a través de tratamiento estadístico.

Después de filtrar la base de datos y de eliminar aquellos casos con más de 16 años o aquellos con respuestas extrañas, nos quedamos con los siguientes tamaños en los grupos: grupo de comparación = 72 y grupo experimental = 198 (las frecuencias en el análisis varían por la ponderación).

La comparación entre ambos grupos en una serie de variables estructurales mostraron diferencias significativas en edad, territorio, etnia y acceso al ordenador e internet. Ya que la variable etnia en este

análisis nos ha parecido un aspecto clave, decidimos establecer una ponderación para disolver las diferencias existentes.

El sesgo en territorio muestra donde los dispositivos pudieron realizar más cuestionarios del grupo de comparación (Pontevedra y Jaén). Entendemos que quizás esta diferencia no tenga mucha relevancia sociológica.

En el caso de acceso a ordenadores e internet nos generaba cierta duda sobre si era una variable que funcionaba como independiente o dependiente. La Fundación trabaja mucho los aspectos formales escolares y no es raro que la tenencia de herramientas informáticas esté relacionada con dichos objetivos. La otra interpretación es entenderla como independiente, es decir, como un indicio de clase social aunque en el resto de indicadores de capital cultural y económico no había diferencias significativas. Por lo tanto, la hemos mantenido tal cual analizando con mayor detalle aquellos resultados que podrían tener relación con la variable.

La edad por el contrario sí que puede sesgar la muestra en lo referente a consumo de sustancias. No obstante, sólo existen diferencias en los 12 años (hay más en FSG) y en los 14 años (hay más en el grupo de comparación). El resto de edades están similarmente distribuidas. La frecuencia marginal de 14 años es de las más pequeñas en comparación con las de 12, 13 y 15 años. Antes de prescindir de casos del grupo de comparación optamos por mantenerlo y considerar su influencia relativa.

En resumen, de todas las variables independientes que se han incorporado en el cuestionario no hay más diferencias entre los grupos que en territorio, en el segmento de 12 años y de 14 años y en el acceso a internet/ordenador.

Los dos grupos se han cruzado por todas las variables dependientes del estudio. Los datos extraídos de la comparación tienen que ser leídos con las cautelas provenientes de un posible sesgo producido, por un lado, por un grupo de comparación con un 13% más en el segmento de 14 años y, por otro lado, con un grupo de experimental con un 19% más de acceso a internet/ordenador (aunque como planteamos esto puede ser debido a la propia influencia del programa).

ESTRATEGIA 2: correlación entre recibir con más intensidad la intervención y obtener mejores resultados. Regresión lineal

La regresión es una técnica estadística que mide la relación lineal existente entre una variable dependiente y un conjunto de variables independientes. En este caso pretendíamos ver si existe relación lineal entre los resultados que busca el programa *Romano Sastipen* y una mayor intensidad o participación en el programa. En definitiva, ver si a más participación en el programa se consiguen mejores resultados.

Para ello, pensamos en un modelo de regresión donde la variable dependiente fuera cada uno de los objetivos que pretende el programa y la independiente una escala de intensidad de la participación medida a través de la pregunta del Cuestionario a Jóvenes: “*cuántos días participaste en marzo*”. Aunque sólo referencia un mes en concreto, lo hemos tomado como un indicador de intensidad. Somos conscientes de que puede haber personas que en último mes hayan participado mucho y que en cambio el resto del año no, pero nos parecía menos fiable preguntar a un chico/a por su participación en su vida, año o semestre con la FSG. Los datos parecen haber validado el indicador escogido.

Para intentar controlar el efecto de otras variables intervinientes hemos incluido en la ecuación tres variables que, pensamos, tienen también una influencia en los resultados: sexo, edad y rentas de las familias.

En el caso de que la variable dependiente fuera categórica hemos propuesto la regresión logística. En cada indicador hemos aportado la beta de la variable.

Aunque la estrategia 1 y estrategia 2 pueden ser utilizadas de forma alternativa, hemos preferido realizar el análisis de todos los resultados a través de los dos abordajes. Los éxitos y fracasos del programa son prácticamente los mismos con alguna matización. Esto nos ha supuesto una fuente extra de confiabilidad de la información que presentamos. En el caso de la edad, que suponía la principal preocupación en la comparación entre grupos en la regresión, ésta queda controlada al incluirla en la ecuación. Otra vía de confiabilidad de la información la ha aportado la coherencia lógica entre los procesos y los resultados, aunque esto será el tema de análisis en la interpretación.

6.

Trabajo de campo



6. TRABAJO DE CAMPO

En esta fase se han aplicado todas las técnicas diseñadas. La mayor parte de ellas ha ido dirigida a las/os técnicas del programa, quienes se han encargado de dinamizar o de cumplimentar. Se ha intentado que el trabajo de campo no fuera una carga excesiva para el equipo técnico del programa.

Los cuestionarios y formularios on-line suponen un menor volumen de trabajo que los métodos presenciales. Implica menos costes, menos número de tareas post entrevista y una reducción de los tiempos. Cuatro de las cinco fuentes de información (a excepción de Fuentes Secundarias) se han apoyado en formularios electrónicos que debían ser rellenados por los diferentes actores (equipo técnico, jóvenes y familias).

En el Cuestionario a Jóvenes el rol del equipo técnico del programa se ha basado en dinamizar y animar a las/os jóvenes a entrar en el enlace y rellenar el cuestionario así como rebotar el enlace a otras/os jóvenes para el grupo de comparación. En algunos territorios el propio equipo técnico ha acudido a centros escolares donde no trabajan para difundir el cuestionario. Esa es una de las razones por las que el grupo de comparación tiene un sesgo en algunas provincias.

Finalmente se ha conseguido que un gran número de jóvenes rellene el cuestionario. El total de respuestas es 398, de los que 98 son del grupo de comparación. Las bases de datos han sido anonimadas para garantizar la confidencialidad de las y los informantes.

Con el Cuestionario de Familias, los dispositivos han hecho un gran trabajo. Enviaron primero un listado de familias y sobre ese censo se seleccionó una muestra al azar. A esos grupos familiares es a quienes tenían que entrevistar el equipo. Había algo más de complejidad en el trabajo, ya que el técnico/a tenía que completar la entrevista con un apartado de valoración propia (cuestiones relativas a la intervención y al trabajo que se desarrolla con esa familia). Sobre un total de 239 familias, hicieron el cuestionario 62.

Las Historias de Vida han funcionado de forma similar a los Cuestionarios de Familias. Se envió información sobre el censo y seleccionamos una muestra. Sobre un total de 326 familias se realizaron 66 historias de vida.

Con los Registros, el equipo ha asumido todo el trabajo. Han rellenado el formulario y lo han enviado on-line.

Las Fuentes Secundarias fueron sacadas principalmente de la biblioteca de la FSG y de internet (estudios y otros informes sobre población gitana). Se recopiló la información mientras estaban en marcha las técnicas anteriores.

El trabajo cuantitativo se ha completado con visitas a cinco dispositivos: Madrid, Madrid-Cañada Real, Jaén, Palencia y Salamanca. Se planteó una observación no estructurada para poder apreciar el funcionamiento “ordinario” del programa e identificar la realidad de la intervención. La experiencia ha sido muy rica y ha ayudado en gran medida en las fases de sistematización e interpretación. La totalidad del trabajo de campo ha durado 3 meses, desde marzo hasta junio.



7.

Análisis de datos.



7. ANÁLISIS DE DATOS.

7.1. ANÁLISIS CUANTITATIVOS

Los datos se han explotado a través de programas estadísticos. En las relaciones bivariadas se han utilizado las siguientes técnicas:

COMPARACIONES DE GRUPOS

Por defecto se optó por una probabilidad de error (tipo I) del 95%. Sólo en algún caso se flexibilizó el criterio y se amplió hasta el 90%. Las asociaciones no significativas no han sido incluidas en la evaluación ni han sido citadas como hallazgos aunque hubiera tendencias positivas.

- a. **Comparaciones de porcentajes:** Tablas de contingencia con prueba de significación *Chi cuadrado* y para la fuerza de la asociación entre pares de categorías los *residuos tipificados corregidos* y la “d” *diferencia de proporciones*.
- b. **Comparaciones de medias:** Por defecto se comparaban las medias con el test T ya que si la distribución no es normal y las muestras son pequeñas, la prueba de t de *student* cumple el teorema del límite central.

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

En el caso de que la variable dependiente tuviera más de dos categorías se pedía el análisis de varianza. Al trabajar con muestras hay que ver si la F es significativa. Esto requiere que las distribuciones de las variables sean normales y de igual varianza. Se comprueba la normalidad de las variables. Hemos pedido una prueba añadida para ver si todas las medias son diferentes entre sí o son parecidas a otras (*Prueba Scheffé*).

Si las variables no eran normales ni homocedásticas, se utilizaba el *test No Paramétrico de Kruskal – Wallis*.

- c. Correlación (Variables cuantitativas):** Se han pedido correlaciones de Pearson para ver la asociación presumible entre variables al menos ordinales. El coeficiente de correlación entre las dos variables, siendo el máximo +/-1 y la mínima correlación 0.

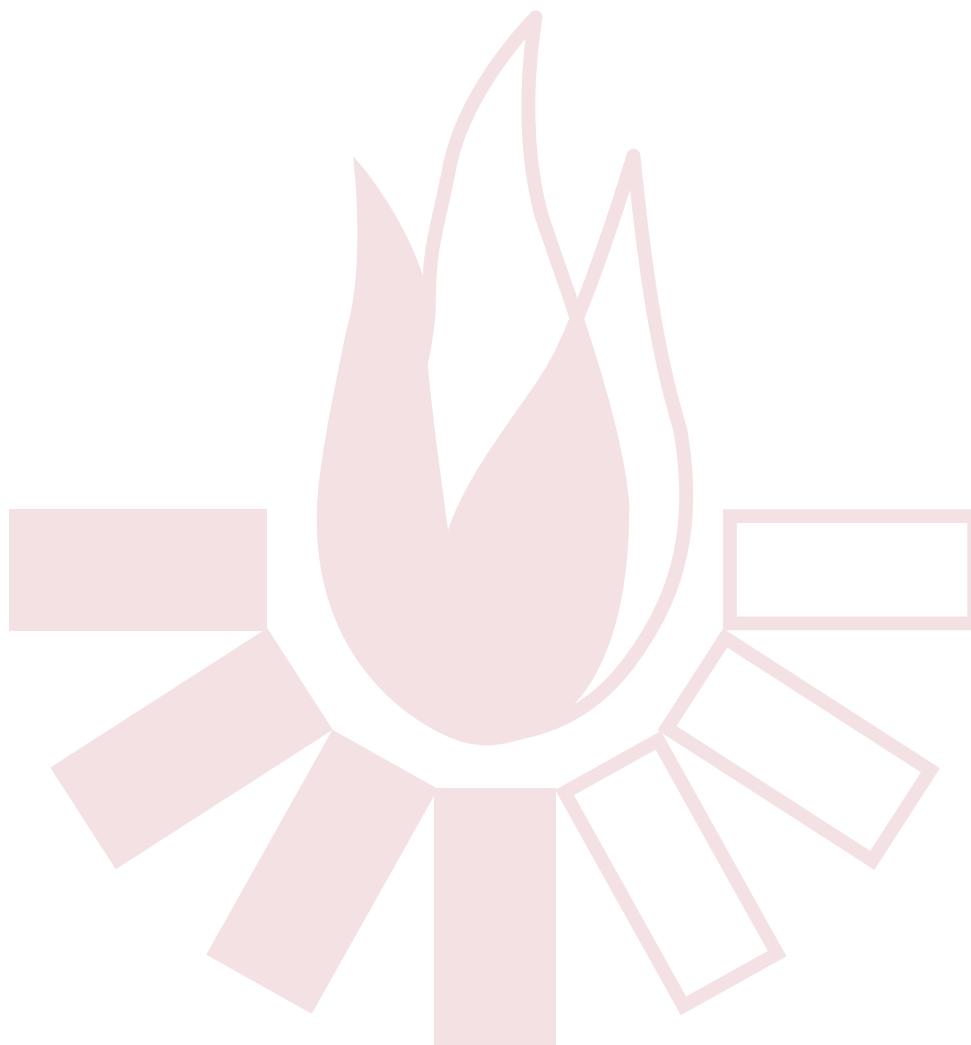
En el caso de que las variables no asuman los principios paramétricos, se ha analizado con el coeficiente de correlación de Spearman.

- d. Regresión:** Se ha utilizado la regresión para ver la influencia neta de una serie de variables sobre el objetivo final (cambio). Si la variable dependiente era continua se ha utilizado la regresión lineal, en caso que la variable fuera nominal, se han propuesto regresiones logísticas.

- e. Tamaño del efecto:** En el caso de porcentajes utilizamos las propuestas de Sánchez Carrión (1999), con la diferencia de proporciones “d” que marca la fuerza de la relación entre 0-100%. Para las medias, asumimos la propuesta estandarizada de Jacob Cohen y los tres niveles de eficacia: baja (≥ 0.2), media (≥ 0.5) y alta (≥ 0.8). Estandarizar variables y compararlas entre sí genera la crítica de pretender que todas las intervenciones humanas tienen la misma capacidad de incidencia. En la práctica se estaría presuponiendo una uniformidad, por ejemplo, entre la reducción de la violencia de género, la sensibilización ante el reciclaje o el consumo de drogas.

7.2. ANÁLISIS CUALITATIVOS

Las preguntas abiertas del cuestionario se han analizado con lógica cualitativa. Se ha elaborado un “metatexto” con la información volcada en todos los cuestionarios. Este texto se ha analizado para encontrar ideas que por saturación han ido conformando campos semánticos. El mapa final de campos de ideas es el material que se ha utilizado en la interpretación.



8.

Interpretación



8. INTERPRETACIÓN

El objetivo de este capítulo es articular las diferentes informaciones obtenidas de las técnicas y el trabajo de campo para intentar entender qué es lo que ocurre en el programa y las razones que explican los resultados.

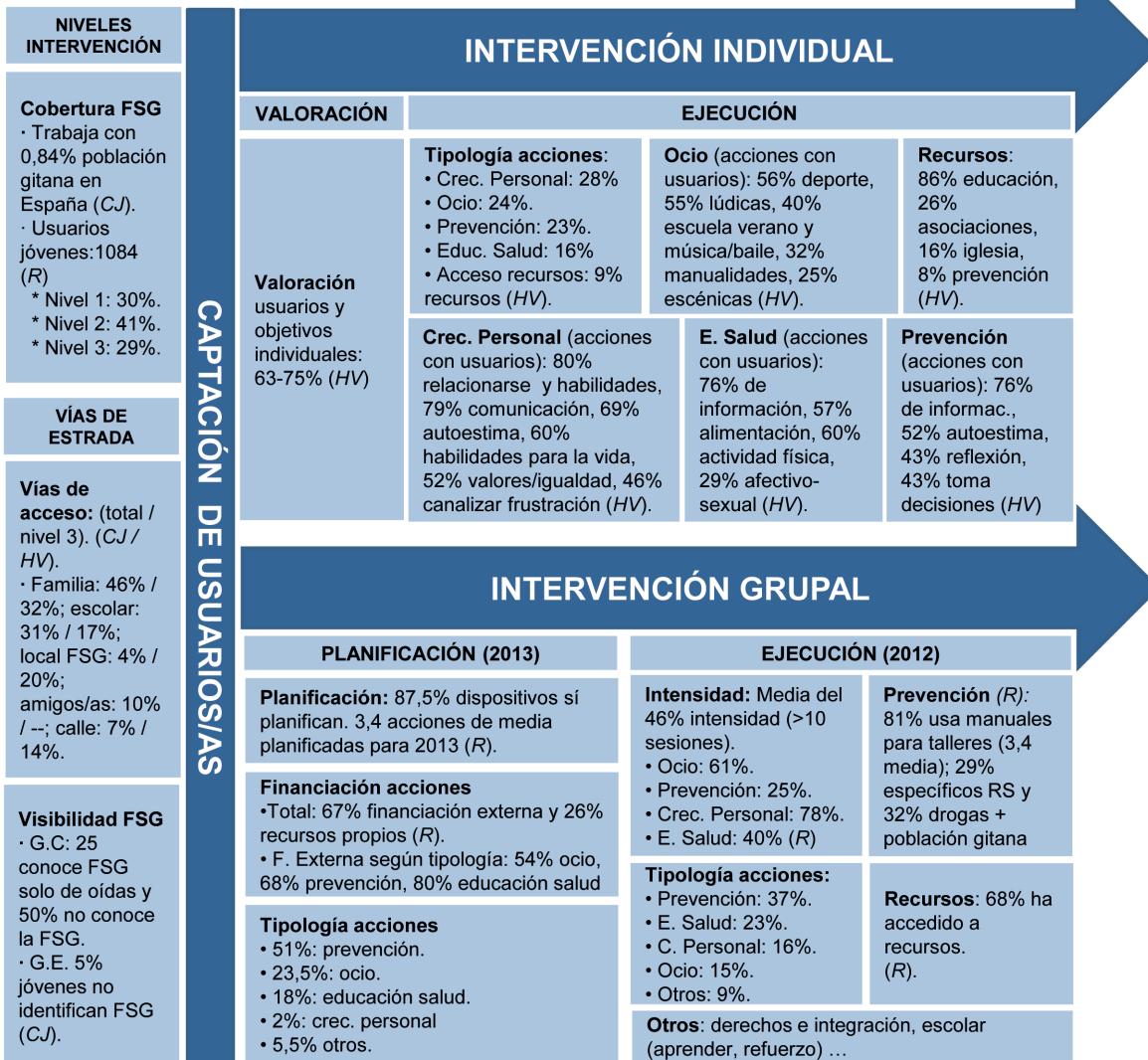
La forma de hacerlo es sintetizando la información producida por los indicadores y ordenándola de tal modo que nos permita establecer nuevos sentidos a los datos, tal como se puede ver en el *esquema de datos del trabajo con jóvenes*.

ESQUEMA DE DATOS DEL TRABAJO CON JÓVENES

· 81% de las acciones son **útiles** (0,7% no útiles) (CJ)
· Se lo pasan bien, están con amigos (CJ)

· 61% jóvenes puede **proponer** cosas en talleres, 6% nunca (CJ)

PROCESOS



RESULTADOS

Resultados intermedios prevención

Presión grupo (CJ):
 • GE puede decir lo que piensa sin que se enfaden amigos/as (13%).
 • Datos negativos: GC mejores resultados "lo que piensa la mayoría es lo mejor" (10,7%). Intensidad: "determinación para hacer cosas que me apetecen" (-0,23).

Información (CJ):
 • GE (+): "Alcohol es una droga" (+10,1%) y "si se toma mucho alcohol y muy rápido puede aparecer un coma etílico" (+9,4%).
 • GE (-): "jóvenes hace más daño alcohol que personas mayores" (9,4%) y "ser alcohólico y estar borracho es lo mismo" (13,7%)
 • Intensidad: "Alcohol es una droga" (-0,214).

Reflexión / actitud (CJ): No significativo

Autocontrol (CJ): GE más tareas escolares (17,1%) y más intensidad (0,210)

Percepción riesgo (CJ): GE mayor percepción riesgo consumo (12-30%).

Autoestima (CJ):
 • GE: "que sea feliz es importante para mi familia" (8,5%) y "tengo muchas aficiones y planes de futuro" (16%).
 • Intensidad: "la mayoría de los chicos y chicas de mi edad son más listos que yo" (-0,186).

Resultados Finales

Actividad física (CJ): No significativo

Tomar decisiones (CJ): GE toman decisiones (13,9%)

Expectativas (CJ): GE más aficiones planes futuro (16%)

Actitudes positivas (CJ y R): ayudar, buena persona, feliz, referente personas gitanas...

Ocio (CJ): GE lee más, va menos a discotecas/botellón, estudia y juega más, ven menos TV/ordenador.

Mejora Académica (CJ): GE falta menos a clase (0,5 días), mejores notas (menos insuficientes y más bienes, notables y sobresalientes) y repiten menos (17,1%)

Crecimiento personal(CJ)
 • GE cuestionan valores tradicionales, más inquietudes sociales dchos poblac. gitana
 • GE: los que tienen un padre o madre gitana se consideran otra cosa, ni payo ni gitano (20%).

Hábitos Saludables (CJ): No significativo.

Evitar conductas riesgo:
 • 4 aciertos media GE y 3,5 GC (0-6). 12% más GE han acertado todas respuestas.
 • Intensidad: mujer embarazada toma unas copas
 • GE menos disponibilidad en cannabis, -15,3%.
 • GE menos amigos que fuman/beban (15%/25%)

Reducir consumo (CJ):
 • GE consume menos alcohol alguna vez en la vida (17,1%)
 • Reduce consumo tabaco últimos 30 días (-0,267)
 • "Binge Drinking últimos 30 días", significativo intensidad intervención (-0,440).

Edad inicio consumo (CJ):
 • No diferencias significativas

Resultado Global

POBLACIÓN SALUDABLE
 GE auto-percepción salud más alta que GC

CJ: Cuestionario a Jóvenes;

R: Registros;

HV: Historias de Vida;

GC: Grupo de Comparación;

GE: Grupo Experimental;

RS: Romano Sastipen

Hemos trabajado la interpretación en dos ejercicios. El primero trata de ordenar la información, valorar y construir una narración de lo que ocurre, de momento muy apegado a la información. Los datos se disponen según la teoría del cambio y para encontrar el sentido puede ayudarse preguntándose por la hipótesis central de la evaluación, es decir, *el programa produce los resultados*, y por otras cuestiones:

1. ¿El programa está logrando los efectos deseados?
2. ¿Por qué se consigue o no se consigue el resultado final? Revisión de los resultados intermedios (ya sean existentes o ausentes). Los resultados intermedios tienen que provocar el resultado final.
3. ¿Por qué se dan los resultados intermedios (negativos o positivos)? ¿Exactamente a qué es debido cada uno? ¿Qué procesos o fases del proceso explican cada uno de los resultados provocados por el programa (positivos o negativos)?
4. ¿Por qué los procesos se ejecutan como se ejecutan? ¿Qué es lo que lo explica? Buscar causas en los elementos estructurales.
5. ¿Qué habría que hacer para que el resultado final fuera positivo? (no se busca tanto recomendaciones sino, grosso modo, identificar hacia dónde se debería orientar el programa).

Respondiendo a estas preguntas, con los datos se construye la primera explicación. Como se ve es una narración con sentido que nos sitúa en un primer análisis sobre las relaciones causales que subyacen en el programa.

La segunda fase de la interpretación, mucho más breve, se aleja algo más de la segura confianza de las fuentes. La intención es formular una explicación o explicaciones globales, todas ellas apoyadas en la primera fase de la interpretación, que permita saber por qué ocurren las cosas que suceden en el programa.

Para producir ambos niveles de interpretación nos hemos guiado por la teoría del cambio del programa. Al organizar la evaluación de esta manera, la interpretación también va a permitir validar la teoría en la que se apoya la intervención.

8.1. PRIMER NIVEL DE INTERPRETACIÓN

RESULTADOS

El objetivo global que busca la FSG en esta área es mejorar la salud de las y los jóvenes (*población saludable*). El programa *Romano Sastipen* consigue que sus participantes tengan una auto percepción mayor de salud, lo que es un buen indicador para aproximarse a la salud de la población. Aunque es una relación pequeña, ésta es significativa.

En el siguiente nivel, los resultados finales, el programa mejora la identificación de conductas de riesgo (12%), hay menos prevalencia de alcohol en la vida (17%) y tabaco (B, -0,26 mes), genera más expectativas de futuro (16%), provoca una mejora académica (17%), favorece la toma de decisiones (14%), desarrolla valores, fomenta el crecimiento personal, así como las actitudes positivas y un ocio más constructivo en la población con la que se interviene.

Por el contrario, no se logran resultados en hábitos saludables, en actividad física, en retrasar la edad de inicio con ninguna de las sustancias, en el consumo de alcohol en los últimos meses y nada en cannabis (no se han encontrado diferencias significativas aunque la base muestral para cannabis era muy baja).

Tabla: Retrasar consumo y edad de inicio ⁴			
Tabaco	Alcohol	Cannabis	Concepto
[=] {=}	[=]	[=] {=}	Edad inicio
[=] / [+] / {=}	[+17%] {+}	[=] [+] {=}	<i>Lifetime</i>
		[=] {=}	12 meses
[=] [-] {+}	[¿=?] {¿+?}	{=}	30 días

4 Los Corchetes [] se refieren a los resultados procedentes del análisis entre el grupo de comparación y el grupo experimental. La llave { }, al análisis de los resultados procedentes de la regresión con la intensidad de participación como variable independiente.

En resumen, se logran cambios en la población sobre todo en los aspectos más vinculados a la educación para la salud y el crecimiento personal genérico. En prevención se logran algunos resultados, especialmente el de conseguir que haya más jóvenes que no hayan probado el alcohol en su vida, aunque hay otros muchos aspectos no cumplidos tal como se puede ver en la tabla anterior.

Los datos provenientes de los dos abordajes metodológicos (comparación y regresión) son bastante congruentes entre sí, lo que da más confiabilidad al análisis. Además, estos datos tiene una tercera vía de validación, hemos encontrado relaciones de asociación significativas entre el nivel 2 (resultados finales) y el nivel 1 (resultado global). Es decir, se puede aventurar que los resultados finales contribuyen al logro del resultado final.

Por consiguiente, la teoría asumida para estos dos niveles tal y como está planteada funciona, sin menoscabo de que pueda ser revisada, ajustada, cambiada o mejorada para buscar un mayor impacto en la salud de la población (el impacto final es bajo).

Resultados específicos en drogas:

Partimos de ciertos logros en prevención: un mayor número de jóvenes que nunca han probado el alcohol (17,1%) y de forma más tenue hay indicios sobre una reducción del consumo de alcohol y tabaco en los últimos 30 días. En el resto de los indicadores no hay diferencias significativas. Con el cannabis no se ha identificado ningún logro.

Al analizar los resultados intermedios, aquellos aspectos que se pretenden alcanzar en los jóvenes como medios necesarios e indispensables para conseguir resultados superiores, encontramos efectos desiguales. Por un lado las/os jóvenes de FSG tienen mejores puntuaciones en:

1. Presión de grupo: *“puedo decir siempre lo que pienso sin que se enfaden mis amigos/as”* (13%).
2. Información sobre drogas: *“el alcohol es una droga”* (B = 0,214).
3. Percepción de riesgo de tabaco, alcohol y cannabis (entre el 12% y el 30%).
4. Autoestima en las categorías: que *“yo sea feliz es importante para mi familia”* (8,5%), *“tengo muchas aficiones y planes de futuro”* (16%) y en *“la mayoría de los chicos y las chicas de mi edad (no) son más listos que yo”* (B=0,186).
5. Autocontrol: *“realización de tareas escolares”* (17,1%).

Por otro lado, no hay diferencias significativas entre el grupo experimental y el de comparación en:

1. Presión de grupo, en 4 de las 6 preguntas que conforman la escala no hay diferencias.
2. Información, en 4 preguntas de una escala de 6 no hay diferencias.
3. Autoestima, en 2 preguntas de 5 no hay diferencias.
4. Autocontrol, en 3 preguntas de 4 no hay diferencias.
5. Actitud y reflexión no logra nada.

De forma sintética se puede decir que se logra el incremento de la percepción de riesgo, algo de autoestima y un conjunto de temas provenientes de diferentes preguntas que igual pueden pertenecer a un mismo constructo teórico (hacer tareas escolares, confianza en los amigos/as y entender el alcohol como droga).

Por el contrario, se avanza poco en autoestima, muy poco en información sobre drogas, autocontrol, presión de grupo (incluso en dirección contraria a la deseada) y nada en reflexión.

Hemos analizado la contribución de los resultados intermedios para la consecución de los resultados finales, evitación de riesgos y reducción de consumo de drogas, y vemos que efectivamente hay relaciones significativas entre ambos niveles.

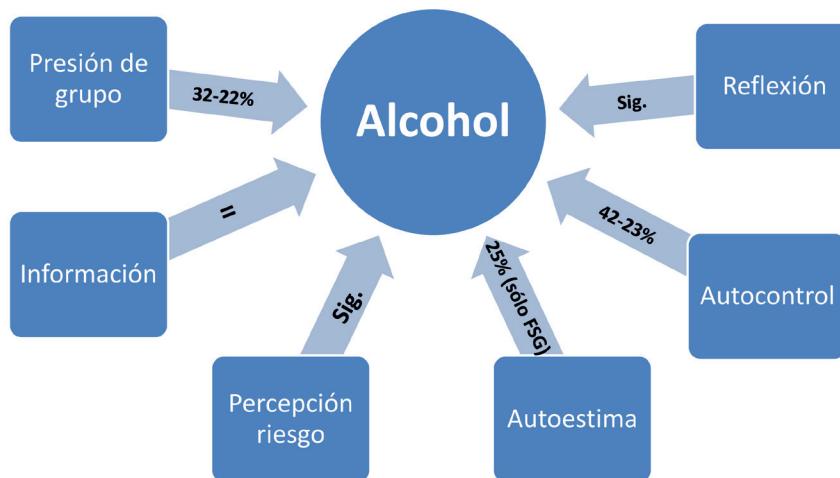


Gráfico: *Relación entre consumo de alcohol y resultados intermedios de prevención (fuente: elaboración propia)*

En otro análisis realizado con percepción de riesgo, muestra relación con la edad de inicio de consumo de tabaco aunque este resultado no ha mostrado diferencias suficientes para ser significativas.

Sin entrar en un análisis más pormenorizado se pueden extraer dos grandes conclusiones:

- Todos los resultados intermedios, con la excepción de “información”, contribuyen al cambio de alguno de los resultados finales analizados.
- La contribución de los resultados intermedios al resultado final está por encima del 22%. Es decir, un cambio en una unidad del intermedio produce un cambio de al menos 0,2 unidades en el resultado final.

En este sentido es reforzador ver que efectivamente la relación teórica presupuesta por la FSG funciona con la mayoría de sus objetivos intermedios. Para desechar del modelo teórico el resultado intermedio “información” habría que esperar a una evaluación en donde se logren cambios en él y se pueda volver a analizar su contribución a los resultados finales. Por lo tanto, la información obtenida del programa apunta a la existencia de relaciones de contribución del nivel inferior al superior en el marco teórico del programa. Esto no quita para que la lógica pueda ser revisada con vistas a su mejora.

A la luz de los datos los resultados encajan. La evitación de las conductas de riesgo y el mayor número de jóvenes que no han probado alcohol en su vida está explicado por el conjunto de resultados intermedios logrados que se centran en desarrollar en esos jóvenes una socialización adecuada (estudio, buenas relaciones, actitudes positivas) y quizás cierta estigmatización del alcohol, pero no se desarrollan factores y competencias que podrían proteger a las/os jóvenes en otras situaciones que no sean las de la abstinencia.

Resumen de resultados:

- El programa mejora las expectativas de futuro, la toma de decisiones, desarrolla valores, fomenta el crecimiento personal, genera actitudes positivas, logra mejoras académicas, el ocio es más constructivo, disminuyen las conductas de riesgo y hay menos prevalencia de alcohol y de tabaco.

- Por el contrario, no consigue resultados en incrementar la actividad física y en lograr algunos hábitos saludables. Con relación a las drogas, no consigue cambios en ningún indicador de cannabis, ni en retrasar la edad de inicio de ninguna sustancia, ni en la que puntúa el consumo en los últimos 30 días en alcohol.
- En prevención se desarrollan los resultados intermedios más relacionados con el riesgo, tareas personales y socialización adecuada.
- No se logran otros resultados intermedios más directamente relacionados como autoestima, autocontrol, presión de grupo, información y reflexión con la prevención.
- El programa mantiene un alto grupo de chicos/as que no ha consumido alcohol y logra que tengan en cuenta el riesgo pero no desarrolla otras competencias protectoras de las/os jóvenes más allá de la abstinencia.

PROCESOS ¿a qué se deben estos resultados? estudio de la implementación del programa.

La respuesta al porqué de los resultados está en el estudio de la implementación o de los procesos de trabajo. Es decir, los efectos son producto de los procesos si se controlan las variables externas.

Valoración sobre todo el proceso:

La intervención en términos generales es valorada por los propios jóvenes como útil (81%). La mitad del trabajo que se hace con las/os jóvenes (46%) tiene bastante intensidad⁵. La metodología de trabajo tiene un alto porcentaje participativo (61%) y las/os jóvenes entienden que tiene un carácter lúdico (análisis del discurso de jóvenes usuarios/as, fuente: Cuestionario a Jóvenes).

Captación / Población. Todas las acciones que se realizan relacionadas con las decisiones de trabajo.

En el grupo de comparación el 50% de las/os jóvenes no conoce la Fundación Secretariado Gitano y el 25% solo la conoce de oídas.

5 Hemos medido la intensidad en más de 10 acciones, tal como plantean diferentes autores en materia de prevención de drogas (Fernández y otros, 2002).

La población con la que trabaja la FSG es gitana (85%) y de nacionalidad española. El programa, en función de la intensidad de la intervención, trabaja con tres grupos o niveles de jóvenes, que hemos denominado nivel 1, 2 y 3 (tal como se puede ver en la tabla: *nivel de usuarios/as*).

Tabla: Nivel de usuarios/as		
Niveles	Descripción	Porcentaje
Nivel 1	Aquellos usuarios/as con los que se ha contactado pero no se ha planteado un trabajo específico e individual.	30%
Nivel 2	Aquellos usuarios/as con los que se ha planteado trabajar pero aún no se ha podido realizar por diferentes motivos.	41%
Nivel 3	Aquellos usuarios/as con los que se han planteado objetivos y se ha trabajado con mayor intensidad.	29%
n		1.084

La familia, el local de la Fundación y los educadores/as son las vías de entrada más características de los jóvenes más implicados (asimilables al nivel 3). En el caso de las/os jóvenes con menos intensidad (asimilables al nivel 1) las vías habituales de acercamiento son la familia y el instituto o colegio.

Intervención individual (Nivel 3)

Con el 63%-75% de los jóvenes usuarios/as se realiza una valoración individual y se fijan objetivos específicos. Con los/as restantes puede ser que no se haga porque sean jóvenes de nivel 2 y que todavía no se haya podido establecer una relación más estrecha que permita la fijación de objetivos o por que se trabaje de forma grupal con ellos (el porcentaje de jóvenes de nivel 2 sobre el total es el 41%, cifra cercana a ese porcentaje de jóvenes sin valoración).

Con la gran mayoría de los chicos y chicas se trabajan prácticamente todos los temas. Se trata de una intervención de carácter integral.

Tabla: Acciones con jóvenes	
Ocio y tiempo libre	97,4%
Prevención	94,7%
Educación salud	90,8%
Crecimiento personal	96,1%
Acceso a recursos	88,2%
n	76

Las acciones más concretas que se trabajan en cada área con los chicos y las chicas son las siguientes:

- **Crecimiento personal:** Relacionarse y habilidades (se trabaja con el 80% de los chicos y chicas), comunicación (79%), autoestima (69%), habilidades para la vida (60%), valores / igualdad (52%) y canalizar frustración (46%).
- **Acceso a recursos:** Educación (86%), asociaciones (26%), iglesia (16%) y prevención (8%).
- **Ocio:** Deporte (56%), lúdicas (55%), escuela verano (40%), música y baile (40%), manualidades (32%), escénicas (25%).
- **Educación para la salud:** Acciones de información (alimentación, SIDA) con el 76% de las/os jóvenes, 60% actividades físicas, 57,3% alimentación y 29% talleres afectivo-sexuales.
- **Prevención:** Información (76%), autoestima (52%), reflexión (43%) y toma de decisiones (43%).

Con las/os jóvenes del nivel 3, lo que más se trabaja es el crecimiento personal, el ocio y la prevención de drogas, por este orden.

Intervención grupal (trabajo con todos los niveles)

En general, el 87,5% de los dispositivos ha hecho algún ejercicio de planificación. Durante todo el año se han planificado 3,4 acciones de media en cada dispositivo.

Lo que más se planifica es la prevención, las actividades de ocio y la educación para la salud. Se solicita financiación externa casi para el 67% de las acciones planificadas, mayoritariamente para acciones de prevención (68% de solicitudes de financiación externa) y de educación para la salud (80%).

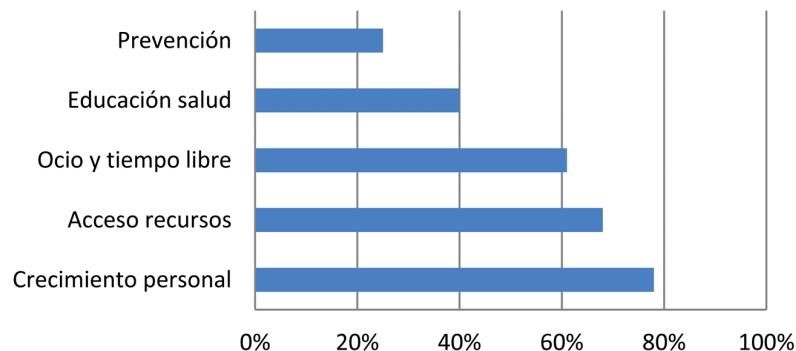
De la información que tenemos podemos especificar que:

- El acompañamiento a otros recursos se focaliza sobre todo en la educación (83%) y en menor medida en servicios sociales (20%) o sanidad (15%).
- La prevención se ha trabajado con bastantes materiales y manuales (3,4 de media). Un tercio de las veces los manuales son del propio programa y otro tercio son específicos de drogas y población gitana aunque no sean los propuestos por el programa *Romano Sastipen*. Según estos datos la prevención parece bastante fundamentada, al menos en lo que a cifras respecta.

Si se pudiera establecer una comparación entre lo planificado y lo ejecutado (algo cuestionable ya que lo planificado es para el 2013 y lo realizado es del 2012), se encontrarían algunas diferencias. En lo realizado habría menos prevención y menos ocio, y por el contrario, habría más crecimiento personal y algo más de educación para la salud. Una interpretación posible a esta diferencia es que el crecimiento personal o acceso a recursos se realiza sin la necesidad de una planificación mientras que las acciones de prevención sí lo requeriría, además de tener una mayor dependencia de financiación externa que exige este ejercicio de planificación.

Cuando analizamos las actividades realizadas en función de la intensidad de su aplicación (10 o más acciones sobre un mismo tema) se puede establecer un ranking de intensidad:

Intensidad por tipología de acciones



Se vuelve a encontrar la misma tendencia vista con anterioridad, prevención y educación para la salud es lo que se hace con menos intensidad frente al crecimiento personal y el acceso a recursos. Por lo tanto, en función de los indicadores anteriores se vislumbran dos modos de intervención grupal:

- Intervenciones planificadas, mayoritariamente de prevención y educación para la salud; no muy frecuentes pero fundamentadas.
- Intervenciones no planificadas, integrales, aunque con más peso en crecimiento personal, acceso a recursos y ocio.

Resumen de procesos:

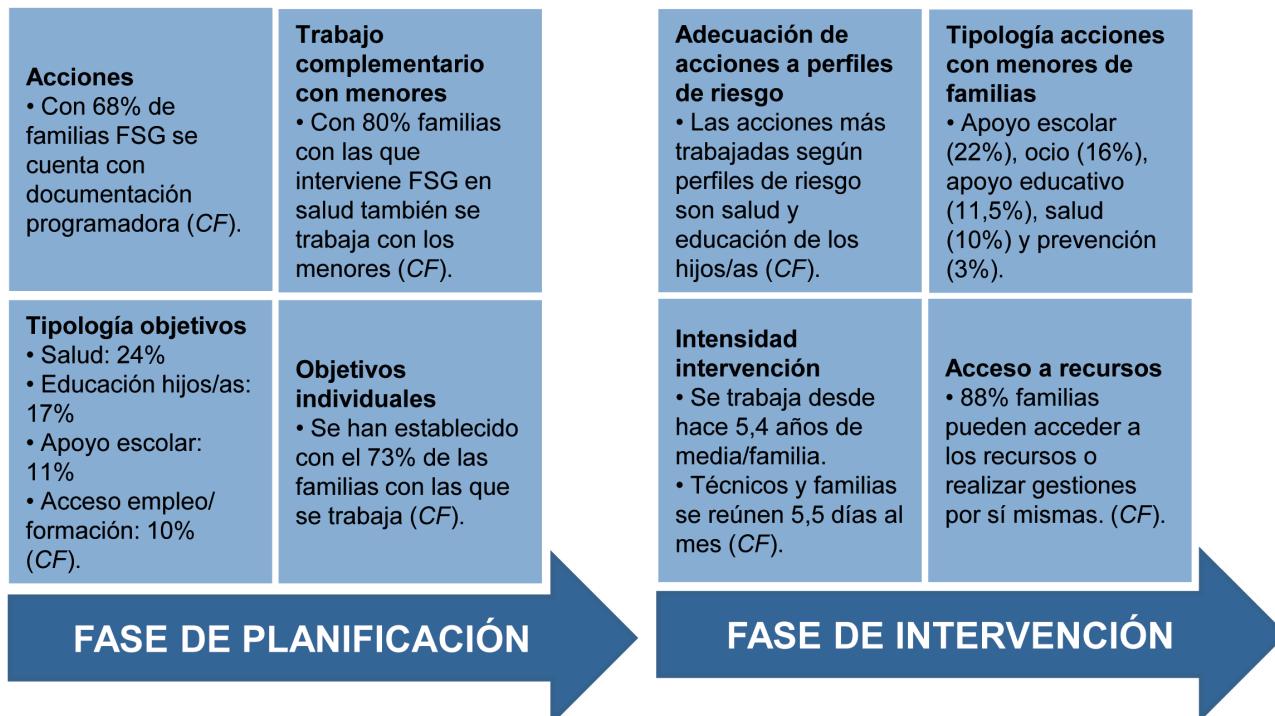
- La intervención de FSG llega bien a su público. En líneas generales está bien valorada y es considerada útil por las/os jóvenes.
- Se trabaja con jóvenes en tres niveles de intensidad, algo bastante usual en cualquier programa de intervención. Los del nivel 1 muestran una mayor probabilidad de acceder al programa a través de centros educativos. Por el contrario, los de nivel 3 (mayor intensidad programa) acceden en mayor medida a través de canales más cercanos y de confianza (local de la FSG y a través de la familia).
- Con las/os jóvenes de nivel 3 se trabaja de forma integral y bastante homogénea el crecimiento personal, el ocio, la prevención, la educación para la salud y el acceso a recursos. Específicamente en prevención se centran en información, autoestima, reflexión y toma de decisiones. En cambio, la intervención grupal (que incluye nivel 1, 2, y 3), en la práctica presenta dos modalidades:
 - Intervenciones planificadas, mayoritariamente de prevención y educación para la salud; no muy frecuentes pero fundamentadas.
 - Intervenciones no planificadas, integrales, aunque con más peso en crecimiento personal, acceso a recursos y ocio, las más frecuentes.

TRABAJO CON FAMILIAS

En la fase de sistematización se identificó este esquema para entender el trabajo que se hace con familias. Igual que con las/os jóvenes, la teoría de cambio en familias nos ha servido para guiar la interpretación (*ver esquema de datos de trabajo con familias*).

ESQUEMA DE DATOS DEL TRABAJO CON FAMILIAS

PROCESOS



CF: Cuestionario a Familias
CJ: Cuestionario a Jóvenes

GE: Grupo Experimental
GC: Grupo Comparación

ESQUEMA DE DATOS DEL TRABAJO CON FAMILIAS

RESULTADOS

Resultados Finales

INFORMACIÓN DE DROGAS

- 6 preguntas planteadas para valorar grado conocimiento e información sobre drogas a familias FSG: han acertado 3, han fallado 2 y han dudado en 1 (CF).

TOMA DE CONCIENCIA DE FACTORES DE RIESGO

- Familias FSG consideran como factores de riesgo: beber muy jóvenes, influencia amigos/as y no sentirse queridos. No ven factor de riesgo el fracaso escolar (CF).

HABILIDADES COMUNICACIÓN Y RESOLUCIÓN CONFLICTOS

- Familias FSG consideran que es bueno tener paciencia, no es bueno amenazar con algo y no todos los momentos son buenos para hablar las cosas con los menores (CF).

Resultados Globales

PATERNIDAD / MATERNIDAD RESPONSABLE

- 72% familias hicieron actividad de ocio con menores (CF).
- 77,5% conoce programa TV preferido de menores (CF).
- 25,5% adoptó medida de protección para mayor seguridad menores (CF).
- Menores GE tienen más apoyo de padres / madres que GC (+9,9%). (CJ)

ESTILOS FAMILIARES SALUDABLES

- Familias FSG duermen 8,4 horas media, 0,65 más que población gitana y 1,05 que población general.
- Consideran que alimentación influye bastante en salud (8,4 sobre 10).
- Hacen 1 día de deporte a la semana
- 64% ha fumado alguna vez, frente 75% población general (CF).

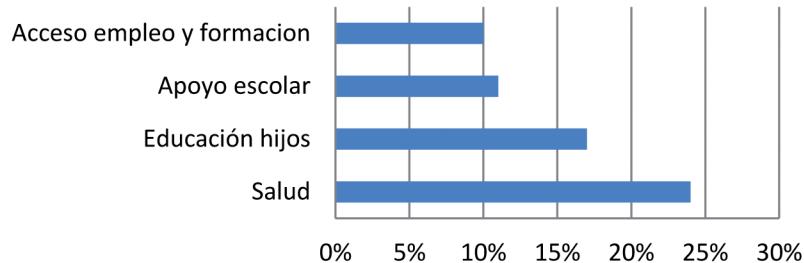
En familias los datos que se exponen no tienen comparaciones ni tampoco hemos intentado establecer correlaciones con el tiempo que llevan trabajando con el programa. La valoración de cada dato se apoya en otro tipo referencias.

Con relación a los resultados globales la valoración es bastante positiva:

- El desarrollo de competencias sociales de las familias es bastante alto, un 88% de las familias pueden acceder a los recursos o realizar gestiones por sí mismas.
- Paternidad y maternidad responsable. Los padres y madres adoptan alguna medida de protección en el hogar (25%), conocen los gustos de los menores (77,5%) y pasan tiempo con ellos (72%). En el Cuestionario a Jóvenes estos manifestaban sentirse más apoyados por sus padres/madres que el grupo de comparación (10%).
- Hábitos saludables. Las familias duermen por encima de 8,4 horas, más que la media de la población general gitana, son conscientes de la influencia de la alimentación en la salud (8,4 sobre 10), hacen deporte aunque poco (1 día a la semana) e incluso puede haber algún indicio acerca de que fuman menos que la media de la población general española.
- Con la información sobre drogas vemos unos porcentajes similares al que había en el Cuestionario de los Jóvenes, lo que nos permite aventurar que no tienen ni mayor ni mejor información sobre sustancias y adicciones que ellos/as.
- La toma de conciencia sobre factores de riesgo es desigual, ven mayoritariamente y con claridad que los amigos/as, el consumo temprano y el cariño o autoestima puede influir en el consumo pero no así con otros factores como el fracaso escolar.
- Con las habilidades de comunicación hay un comportamiento más polarizado. Se identifican estrategias positivas pero también comportamientos negativos para afrontar la relación con los menores.

Analizando ahora la implementación, la FSG trabaja con las familias con continuidad (5,4 años de media) y con intensidad (5,5 días/mes). El trabajo está estructurado, un 73% de las familias tienen objetivos específicos y las intervenciones se adecuan a los diferentes perfiles en función de los factores de riesgo; en un 68% de los casos hay programación. En el gráfico siguiente se muestra una distribución de áreas de trabajo que desarrollan con las familias.

Áreas de trabajo con familias por tipología



De todas las familias con las que se trabaja en el 80% de los casos se interviene también con el/la menor. Las actividades que se desarrollan con estos chicos/as son, de mayor a menor, apoyo escolar, ocio, apoyo educativo personal, salud y prevención.

Resumen de procesos:

- Los datos muestran padres y madres más responsables y con hábitos saludables. Se identifican bastantes factores de riesgo, hay mejoras en las habilidades sociales y de comunicación.
- En cambio, en información sobre drogas no parecen tener un mayor conocimiento que los jóvenes, hay algún factor de riesgo que no lo consideran (como el fracaso escolar) y creen que las amenazas y el castigo físico pueden ser buenas estrategias. También es significativo como un 63% considera que el tema de las drogas es tabú.
- El trabajo con familias es serio, consistente y la institución invierte esfuerzo y trabajo. Como se puede ver en los gráficos, se trabaja la salud, lo relacionado con lo escolar, el apoyo a padres/madres y a jóvenes en desarrollo personal. La prevención es algo que se trabaja pero en menor medida.

- De forma similar a lo que ocurre con jóvenes hay una buena identificación de los riesgos del consumo, del desarrollo personal o familiar y la búsqueda de una buena socialización. Si bien hay aspectos de la prevención considerados tabú, no hay información específica y queda pendiente profundizar en el desarrollo de más estrategias de habilidades sociales y de comunicación.

ESTRUCTURA

Posicionamiento

La Fundación Secretariado Gitano es una referencia de intervención con población romaní. Los jóvenes lo consideran algo útil y ven en la FSG una institución que les ayuda. Asocian la Fundación con: aprender y refuerzo escolar, lugar de encuentro a donde pueden acudir... Hay un pequeño porcentaje (5%) de jóvenes usuarios/as que acuden a las actividades pero no saben que están acudiendo a la FSG.

Personal (técnicos/as y voluntariado)

El personal técnico aunque tiene diferentes perfiles es estable (5,8 años de media), son principalmente mujeres (79%), jóvenes (48% tiene entre 31 y 35 años) y mayoritariamente payos/as (70%). Los jóvenes del programa consideran que los técnicos/as tienen interés, son – *majos/as*- y les ayudan.

Ante la pregunta al equipo técnico de *te consideras capacitado para formar sobre drogas*, se aprecia una alta cualificación en la materia. Un 56% considera que puede dar formación sobre drogas a profesorado de secundaria y casi un tercio a profesorado universitario.

El equipo de voluntariado sólo lleva 0,8 años de permanencia media, también son mayoritariamente mujeres (76%), son bastante más jóvenes (96% está entre 21-30 años) y prácticamente la totalidad son payas/os (96%).

Recursos

La ratio usuarios/técnicos está en 21,7 jóvenes por profesional año, y en el caso de los jóvenes de nivel 3 es 6,5 por profesional. En sí mismo son proporciones educativas aceptables. No obstante, el equipo técnico desarrolla muchas otras tareas, tiene diversidad de funciones que junto a la educativa les suma

un gran volumen de tareas y actividades. Es mayoritaria la valoración de que faltan recursos y medios. Concretamente para trabajar salud, consideran que hay poco tiempo.

En cuanto al área de salud, entienden que los profesionales tienen interés, la coordinación es buena y las metodologías que plantean también, aunque es mejorable la planificación. Aunque la salud se considera un tema clave, es un área menos priorizada que otras dentro del trabajo global de la Fundación. La carga laboral hace que acabe ocupando un lugar secundario.

Discurso sobre salud, prevención y el programa *Romano Sastipen*

Para el equipo técnico la salud es mejorar la calidad de vida, cambiar la realidad de los jóvenes, fortalecer sus capacidades, facilitarles el acceso a recursos, trabajar el ejercicio y disfrute de sus derechos, desarrollar hábitos saludables, darles información, asesoramiento y promocionar el ocio. Se entiende la salud desde una perspectiva integral en el desarrollo de las personas.

Cuando se le pregunta al equipo técnico qué es lo que se trabaja en salud, aparecen prácticamente los objetivos que se han definido en la teoría del programa: hábitos, actitudes positivas, ocio (lúdico), prevención de drogas... Esta visión integral de la salud es bastante homogénea y compartida por el conjunto de la casa.

Cuando se analiza qué es para los técnicos/as el programa preventivo *Romano Sastipen* aparecen visiones diferentes. Entienden que la prevención es:

- Trabajar en salud de forma integral. Trabajar salud equivale a trabajar *Romano Sastipen*.
- Trabajar específicamente prevención de consumo de drogas.
- Trabajar salud con un enfoque integral pero con más énfasis en prevención.

De las tres opiniones realmente podemos identificar dos grandes formas de entender la prevención. Por un lado, una visión más integral e inespecífica que se apoya en la idea de que trabajando salud se logran resultados en prevención. Y otra más específica que entiende que hay que trabajar concreta y específicamente prevención. Estas visiones confrontadas se encuentran en el discurso de los equipos y aparecen referenciadas como “transversalidad” y “sectorialidad”.

Resumen de la estructura:

- La FSG tiene un buen posicionamiento, es una referencia y cuenta con una buena acogida por los jóvenes, que consideran que ayuda y es útil para la población gitana.
- El personal es estable, maduro y está bien formado (el voluntariado es más inestable).
- La ratio con los jóvenes es buena pero la diversidad de tareas que asumen los trabajadores/as les hace tener una fuerte carga laboral y una menor dedicación a este programa.
- El departamento que soporta el programa está bien valorado, tiene interés, buena coordinación y buena metodología, siendo mejorable la planificación.
- La salud aun siendo importante en la institución no se considera que sea una de las más priorizadas, quizás por esta posición ocurra que ante la carga laboral ocupe un segundo lugar.
- El discurso general sobre la salud es bastante homogéneo. Se define como una estrategia integral que afecta a todas las áreas de la vida. Con la prevención aparecen dos formas de entenderla: por un lado se concibe como algo a trabajar de la misma forma que se trabaja salud, lo que conllevaría una falta de especificidad; la otra visión aboga por reservar espacios y estrategias concretos para el trabajo preventivo.

8.2. INTERPRETACIÓN FINAL

Empezando por la **estructura**, las condiciones para desarrollar el trabajo son buenas, salvo para la carga de trabajo que soporta la organización. El enfoque en salud es homogéneo y claro, pero en prevención se ven dos discursos o formas de trabajar, una más transversal y otra específica.

En **implementación** se identifica también una disyuntiva similar, una prevención grupal planificada pero con poca intensidad y otra intervención integral que es la más frecuente, no planificada, en las cual se trabaja prevención pero no es lo que tiene más peso.

La intervención individual, desarrollada con los jóvenes de nivel 3 (30%), es una población más cercana a la institución, con quienes se trabaja de forma integral diferentes aspectos en las que una de ellas, aunque tampoco es el más importante, es la prevención de drogas.

En definitiva, en los procesos se trabaja bastante el crecimiento personal. La prevención aparece de forma “transversal”, salvo cuando es específica que se realiza con poca intensidad.

Como cabía esperar los **resultados** que el programa provoca (expectativas de futuro, toma de decisiones, desarrollo de valores, actitudes positivas, mejoras académicas ...) son cuestiones relacionadas con el crecimiento personal.

En prevención se logran aspectos más relacionados con el riesgo, tareas personales y socialización adecuada. Algo que conduce a un grupo socializado de abstemios en los que la sustancia está claramente estigmatizada como un gran riesgo. Se trata de algo positivo, pero faltan competencias y habilidades que protejan a los chicos y chicas en otras circunstancias o en el momento en el que se supere el temor al daño de la sustancia y se empiece a experimentar (futuros consumos).

En el trabajo con **familias** se puede apreciar una dinámica similar. Se logran grandes avances en las habilidades, responsabilización y encamina a las familias hacia una mayor socialización. Existen aspectos de la prevención considerados tabús que no se abordan (o es muy difícil hacerlo). Es una estrategia relacional familiar que encaja bien con un modelo de chicos/as que no hayan probado las sustancias.

En definitiva, el programa es coherente y consigue lo que trabaja. El modelo teórico produce cambios en los objetivos finales. En el desarrollo de aspectos personales el programa es altamente meritorio. En la prevención también consigue resultados, algo encomiable, como es el incremento de personas que no han probado el alcohol en su vida. Este es el producto del trabajo que se hace, una prevención enfocada al riesgo y a una socialización alternativa al consumo de drogas. El sistema de intervención es coherente y obtiene lo que trabaja.

Por lo tanto, la pregunta es: ¿por qué el programa no consigue otros resultados en prevención, para poder trabajar la protección en otras situaciones más allá de la abstinencia?

Hemos buscado varias explicaciones, hemos visto en el desarrollo de la evaluación que los resultados intermedios han demostrado capacidades para cambiar al menos algunos de los resultados finales.

No sabemos si esto sería así con todos, pero el primer paso sería intentar lograr todos los resultados intermedios de prevención (presión de grupo, información, autoestima, autocontrol y actitud, reflexión) para ver si se consiguen otros cambios en los resultados finales.

La cuestión es que estos resultados intermedios no se han logrado mayoritariamente. La segunda pregunta que surge es, ¿por qué?

Hemos valorado varias explicaciones posibles:

- El marco teórico que se aplica no es completo y no es suficiente para conseguir los resultados.
- La implementación no es la adecuada. La intensidad, forma o duración no son suficientes.

Los datos que tenemos sobre la implementación son positivos, se utilizan los manuales y además son específicos para población gitana. La revisión que se ha hecho de los manuales ha desvelado un material completo y satisfactorio (quizás antiguo). Además los técnicos/as se sienten capaces y solventes para realizar acciones preventivas.

Las razones entonces las hemos buscado en la segunda explicación, en la forma de aplicación. Se ha visto que la prevención específica, planificada y apoyada en los materiales tenía poca intensidad. Esta es una de las primeras explicaciones, puesto que el tipo de intervención no tiene intensidad suficiente para llegar a provocar resultados.

Por lo tanto los cambios que se perciben tienen que provenir de la otra modalidad de la intervención, la integral, tanto grupal como individual. La prevención se trabaja transversalmente, en otras actividades o momentos educativos. Algo que se acomoda mejor a la necesidad de compatibilizar tareas por una fuerte carga laboral. La estrategia preventiva que surge en esta línea integral es algo más cercana a un mensaje del no consumo, del riesgo asociado y de estigmatización de las drogas; es más difícil o menos intuitivo trabajar otras competencias preventivas de forma transversal sin preparación de las dinámicas o los mensajes. La urgencia del trabajo hace, quizás, tender hacia mensajes más seguros socialmente, como es el de “no a la sustancia”.

Es un tipo de intervención que se puede clasificar dentro del modelo “tradicional” de prevención (Be-coña, 1999: 60), en el que se insiste sobre los aspectos negativos del uso de sustancias. La cuestión no radica en el modo de trabajar, ya sea de forma transversal o específico, sino en el contenido de la prevención.

El programa consigue buenos resultados, más jóvenes que no han probado el alcohol, pero queda pendiente saber qué otros resultados se lograrían si se ampliase el marco teórico de la implementación. Es una ventana de oportunidad ante un programa que ha demostrado ser capaz de lograr buenos cambios en las y los jóvenes.

9.

Referencias

Bibliográficas



9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arbex, C. (2012). PAD, *Servicio de Prevención de Adicciones*. Madrid: ADI Servicios Editoriales.
- Arbex, C. (1998). *Prevención del uso de drogas, programa Romano Sastipen*. Madrid: Fundación Secretariado Gitano.
- Babín, F., Ballesteros, J.C., Rodríguez, M. A., Megías, E. (2009). *Ocio y (riesgos) de los jóvenes madrileños*. Madrid: FAD.
- Bachman, J.G., O'Malley, P., Schulenberg, J.E., Johnston, L.D., Bryant, A.L. y Merline, A.C. (2002). *The Decline of Substance Use in Young Adulthood: Changes in Social Activities, Roles and Beliefs*. U.S.A: Lawrence Erlbaum Associates.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Plan Nacional Sobre Drogas*.
- Bustelo, M., Ligeró, J.A. (2012). *Materiales Magíster en evaluación*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Bustelo, M. (2010). *Materiales Magíster en evaluación*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Davidson, E.J. (2000). Ascertaining Causality in theory-Based Evaluation in Rogers, P.J., Hacsí, T.A., Petrosino, A. & Huebner, T.A (Eds.). *Program Theory in Evaluation: Challenges and Opportunities*. *New Directions for Evaluations*, p. 87.
- Fernández, S., Nebot, M., Jané, M. (2002). Evaluación de la Efectividad de los Programas Escolares de Prevención del Consumo de Tabaco, Alcohol y Cannabis: ¿Qué nos dicen los Meta-Análisis?. *Revista Española de Salud Pública*, 76, (3), pp. 175-187.
- Fundación Secretariado Gitano (FSG). (2012). *Población Gitana Empleo e Inclusión Social. Un Estudio Comparado: población gitana española y del Este de Europa*. Serie Cuadernos Técnicos. Nº 103. Madrid: FSG.
- Fundación Secretariado Gitano (FSG). (2009). *Hacia la Equidad en Salud. Estudio comparativo de las Encuestas Nacionales de Salud a población gitana y población general de España, 2006*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social y Fundación Secretariado Gitano.
- Fundación Secretariado Gitano (FSG). (2007). *Mapa Sobre Vivienda y Comunidad Gitana en España, 2007*. Madrid: Ministerio de Vivienda y FSG.

- Ligeró, J.A. (2011). *Dos métodos de evaluación*. Madrid: CECOD.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Diagnóstico Social de la Comunidad Gitana en España (análisis contrastado de la Encuesta CIS a Hogares de Población Gitana 2007)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social y Consumo.
- Johnston, L.I.; O'Malley, P.; Bachman, J.; Schulenberg, J. (2012). *Overview 2012: National Results on Drug Use*. Michigan University.
- OED (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías). (2011). *Situación y tendencias de los problemas de drogas en España, informe 2011*. Plan Nacional Sobre Drogas.
- Patton, M. (2008). *Utilization Focused Evaluation*. Los Angeles: Sage.
- Pernas, B. (2005). *La Cuestión Gitana. Reflexiones en torno a la educación y el cambio social*. Madrid: Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio de la Comunidad de Madrid.
- Rutter, M., Giller, H., Hagell, A. (2000). *La conducta antisocial de los jóvenes*. Madrid: Cambridge University Press.
- Sánchez Carrión, J.J. (1999). *Manual de análisis estadístico de los datos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Santolaya, F., Palmería, A. [Coords.]. (2008). *Guía para la prevención del consumo de cannabis en población vulnerable e inmigrantes. Visión diferencial para ambos sexos*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.
- Stake, B. (2006). *Evaluación comprensiva y evaluación basada en estándares*. Barcelona: Grao.
- Weiss, C. (1998). *Evaluation*. Prentice Halla.



