

Preparación comunitaria y contextos de intervención: el caso de los trabajadores sociales de atención primaria en Andalucía (España)

Daniel Holgado e Isidro Maya-Jariego*

Universidad de Sevilla

Resumen: La preparación comunitaria hace referencia a la predisposición del contexto comunitario al cambio que conlleva una intervención social. En el presente estudio se ha evaluado la preparación comunitaria en diferentes contextos de salud. Para ello, se aplicó una escala de 18 ítems a 81 trabajadores sociales de centros de atención primaria en Andalucía. Esta escala evalúa cuatro dimensiones del concepto de preparación comunitaria: el ajuste comunitario, la participación comunitaria, la implicación de los trabajadores sociales y la implicación de otros profesionales del contexto comunitario. Mediante el análisis de conglomerados se encontraron 3 perfiles fundamentales de contextos de intervención en función de las dimensiones evaluadas: un contexto de corte comunitario, un contexto técnico-asistencial y un contexto de perfil bajo o biomédico. A partir del Modelo de Preparación Comunitaria propuesto inicialmente por Oetting et al. (1995) profundizamos en la dimensión comunitaria del concepto.

Palabras clave: preparación comunitaria; implementación de programas; contextos de intervención; análisis de conglomerados; trabajo social; atención primaria en salud.

Title: Community readiness and intervention contexts: The case of primary health care social workers in Andalusia (Spain).

Abstract: Community readiness refers to the disposition to change contingent to social intervention in a community context. In this research, we have evaluated the community readiness of different health contexts. We apply an 18-item scale to 81 social workers of the primary health system in Andalusia (Spain). This scale assesses four dimensions of the community readiness concept: community adjustment, community participation, and implication of social workers and other professionals of the community context. Using Cluster Analysis, 3 key profiles of contexts of intervention were found: a community profile, a welfare profile and a biomedical profile. The results show that from the Community Readiness Model initially proposed by Oetting et al. (1995), it is possible to deepen the community dimension of that concept and use the community context in the definition of the core elements of this model.

Keywords: community readiness; program implementation; context of intervention; cluster analysis; social work; primary health care.

Introducción

Los programas de intervención comunitaria se pueden encontrar en ocasiones con barreras que dificulten su efectividad en el contexto para el que han sido diseñados. Estas barreras pueden surgir por la dificultad para trasladar los modelos teóricos que sustentan el programa al contexto práctico de aplicación del mismo. Por ejemplo, Price & Behrens (2003), partiendo de las premisas de Kurt Lewin, afirman que es fundamental obtener nuevos conocimientos básicos de los procesos sociales y comunitarios, mejorando también la implicación en el desarrollo y el cambio de la comunidad. En aquellos casos en los que existe una brecha entre ciencia y práctica (Morrisey, Wandersman, Seybolt, Crusto, & Davino, 1997), se han propuesto estrategias que permiten mejorar la transferencia de resultados entre el contexto teórico o de investigación y el contexto práctico o profesional. Algunas de estas estrategias son: (a) implementar las buenas prácticas como un proceso más de la aplicación de los programas, (b) enfatizar el control comunitario de las intervenciones, (c) fomentar la evaluación de los programas en el ámbito local y la autoevaluación para la mejora de la efectividad, y (d) estudiar el proceso de adaptación de la información científica a casos concretos, aprovechando entre otros recursos las tecnologías de la información (Wandersman, 2003). Otras estrategias pueden consistir en la sistematización de la práctica profesional o en la adecuada distribución de funciones entre las organizaciones encargadas de la gestión de los recursos (Maya-Jariego, 2010).

Las barreras en la implementación de programas comunitarios

Para que un programa sea efectivo y sirva para hacer frente al problema para el que fue diseñado, debe contar con los elementos básicos de cualquier programa: justificación teórica, formulación de objetivos, plan de actividades, sistema de evaluación, modelo lógico, etcétera. Sin embargo, pese a ser necesario, un diseño adecuado puede no ser suficiente para la obtención de los resultados pretendidos. Para garantizar la efectividad de un programa se requiere además poner en marcha estrategias que garanticen una adecuada implementación en el contexto comunitario específico en el que se aplica.

Morrisey et al. (1997) proponen cinco barreras fundamentales entre la ciencia y la práctica en la intervención comunitaria:

- Diferencias en la formación y la orientación teórica.* Por ejemplo, tradicionalmente, los investigadores se han centrado en la elaboración de modelos básicos, mientras que los profesionales de la intervención se han orientado a la resolución de problemas en contextos concretos.
- Prioridades de financiación.* Los gastos en los diferentes niveles de la Administración (local, nacional, autonómica, etcétera) se han centrado en programas con resultados visibles a corto plazo, mientras que apenas han invertido en estrategias de medio o largo plazo.
- Falta de recursos.* Los profesionales pueden tener dificultades para acceder a la literatura científica y otros recursos, como las bases de datos. Otra barrera importante puede ser la falta de tiempo para que los programas de prevención tengan un impacto significativo.
- Barreras organizativas.* Cuando se aplican programas comunitarios de prevención, es habitual que se requiera de

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:

Isidro Maya Jariego. Departamento de Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. C./Camilo José Cela, s/n 41018 Sevilla (España). E-mail: isidromi@us.es

la participación de más de una organización comunitaria. Esto puede conllevar dificultades, en la medida en que las exigencias del programa implican una adaptación de la estructura y los objetivos organizativos.

- e. *Preparación Comunitaria*. La preparación comunitaria hace referencia al nivel de capacitación de una comunidad para hacer frente a los cambios que supone una intervención (Oetting et al., 1995). Si una comunidad no está preparada para el cambio que se le propone a través de la intervención, puede que los resultados de la implementación del programa no sean los esperados.

El concepto de preparación comunitaria

La preparación de la comunidad para el cambio que conlleva una intervención específica ha servido de referencia durante los últimos 50 años para describir el contexto ecológico y organizativo en el que tiene lugar la implantación de programas de cambio comunitario (Chilenski, Greenberg & Feinberg, 2007). Sin embargo, ha sido en la última década, al hilo de las nuevas propuestas de transferencia de resultados entre la teoría y la práctica en la ciencia comunitaria, cuando ha cobrado especial relevancia (Wandersman, 2003).

Oetting et al. (1995) formulan el Modelo de Preparación Comunitaria a partir de las fases de preparación psicológica para el tratamiento terapéutico y los factores relacionados con el desarrollo comunitario. El modelo de Prochaska, DiClemente & Norcross (1992) distingue cinco niveles de preparación psicológica para el proceso terapéutico, dependiendo entre otros factores de la disponibilidad de más o menos recursos, de la historia clínica previa, del *autoconocimiento*, o del patrón de comportamiento de los usuarios ante la propuesta de cambio:

1. Sin intención de cambio.
2. Cierta conciencia del problema pero alta resistencia al cambio.
3. Intención de realizar algún cambio en un futuro cercano.
4. Acción, en proceso de modificación de la conducta.
5. Mantenimiento o prevención de la recaída.

Por ejemplo, al aplicar un programa de reducción del consumo de tabaco, no reacciona igual la persona que nunca se ha planteado dejar de fumar, que aquella que está decidida a dejar de fumar a corto plazo. Sin embargo, una vez identificada la situación en la que se encuentra cada individuo, se pueden proponer estrategias adaptadas a cada etapa, de manera que sea el propio sujeto el que vaya avanzando de una fase a otra hasta acabar abandonando el hábito (Planes, Fábregas, Gras y Soms, 2003). La preparación individual también puede hacer referencia a otros procesos de transición vital, como la jubilación (Forteza, 1990; Madrid & Garcés, 2000) o la maternidad (Armengol, Chamorro & García-Dié, 2007).

En segundo lugar, las dinámicas de carácter comunitario, las iniciativas de acción colectiva, la capacidad comunitaria y otros procesos grupales inciden en la apropiación comunitaria

de la intervención (Plested, Jumper-Thurman, Edwards & Oetting, 1998). El contexto comunitario es relativamente más complejo que el contexto individual. Por eso no se puede trasladar el modelo de preparación para el cambio terapéutico de Prochaska et al. (1992) sin hacer adaptaciones específicas al contexto comunitario. Es necesario adoptar una perspectiva más amplia y tener en cuenta todos los factores que pueden estar influyendo en la capacidad de cambio de un contexto determinado.

El concepto de preparación para el cambio también se ha aplicado en el contexto organizativo. A este respecto, podemos mencionar el número especial del *Journal of Substance Abuse Treatment* sobre las organizaciones que trabajan en la prevención y el tratamiento del abuso de drogas (Simpson & Flynn, 2007). Otros usos del término también hacen referencia a la preparación comunitaria para hacer frente a desastres naturales (Tierney, Lindell & Perry, 2001; McEntire & Myers, 2004).

Las dimensiones del Modelo de Preparación Comunitaria

El Modelo de Preparación Comunitaria establece diferentes dimensiones específicas relacionadas con el conocimiento y la conciencia del problema y la preparación para el cambio social (Oetting et al., 1995). Las etapas de preparación para el cambio hacen referencia a procesos que trascienden el nivel individual, tales como la organización grupal, el liderazgo, el clima comunitario, etcétera. Estos procesos convierten al concepto de preparación comunitaria en un constructo multidimensional:

1. *Iniciativas existentes en la comunidad* (programas, actividades, políticas, etcétera). El tipo de programas o intervenciones que existen en el entorno comunitario para atender a un problema específico.
2. *Conocimiento acerca del problema o necesidad objeto de evaluación* (por ejemplo, la prevención del cáncer de mama o la inclusión social de minorías desfavorecidas).
3. *Conocimiento de las iniciativas y programas implementados para hacer frente al problema*.
4. *Liderazgo* (incluyendo los líderes formales y los miembros influyentes de la comunidad).
5. *Recursos* (personales, económicos, materiales, etcétera).
6. *Clima comunitario*. Esta dimensión hace referencia a aspectos como el clima social, el sentido de comunidad (McMillan y Chavis, 1986) o la cohesión social.

Utilizando estas dimensiones se puede evaluar el nivel de preparación comunitaria para una cuestión concreta. Por ejemplo, se ha evaluado la preparación de la comunidad para la prevención del VIH (Vernon & Jumper-Thurman, 2002; Plested, Edwards & Jumper-Thurman, 2007; McCoy, Malow, Edwards, Thurland & Roseberg, 2007; Jumper-Thurman, Vernon & Plested, 2007); la prevención del cáncer de mama en mujeres latinas (Lawsin, Borrayo, Edwards & Beloso, 2007; Borrayo, 2007); la prevención de la obesidad

infantil (Findholt, 2007); las políticas locales de prevención del tabaquismo (York & Hahn, 2007) o la prevención del consumo de drogas (Plested, Smitham, Thurman, Oetting & Edwards, 1999; Oetting et al., 1995; Jumper-Thurman, Plested, Edwards, Oetting & Helm, 2001; Ogilvie et al., 2008). Otros aspectos que han sido evaluados son la preparación para la implementación de programas de fomento de la seguridad vial (Kakefuda, Stallones & Gibbs, 2008); o la preparación para el desarrollo y la movilización comunitaria de minorías étnicas (Scherer, Ferreira-Pinto, Ramos & Home-des, 2002).

Algunas de estas dimensiones aparecen también asociadas con la competencia y el desempeño comunitario, a través de conceptos tales como la capacidad comunitaria, la participación social, la potenciación comunitaria, etcétera. Por eso puede haber cierto solapamiento entre estos conceptos. Chinman et al. (2005) han propuesto en ese sentido una revisión del concepto de capacidad comunitaria, diferenciándolo de la preparación comunitaria para el cambio, entre otros.

La multidimensionalidad del concepto de preparación comunitaria proporciona una visión amplia e integradora de la capacidad y la predisposición de una comunidad para el cambio social. De ese modo permite prever la efectividad y el éxito de las intervenciones, desplazando el foco de atención al contexto comunitario.

Por ejemplo, Feinberg, Greenberg & Osgood (2004) encontraron que el nivel de preparación comunitaria se relaciona con el funcionamiento y la efectividad percibida de un grupo de coaliciones comunitarias del programa *Communities That Care* (Hawkins & Catalano, 1992). Se trata de un proyecto comunitario creado para la movilización de los líderes y los miembros de la comunidad para reducir los problemas de jóvenes y adolescentes con la violencia, el consumo de drogas, la delincuencia, etcétera. Pese a ello, son escasas las evidencias empíricas sobre la relación de determinadas características comunitarias (entre las que se encuentra la preparación para el cambio) con los resultados de la implementación de programas (Wandersman et al., 2008). En teoría, las comunidades con mayor preparación para el cambio disponen de más capacidad para mantener y garantizar el éxito de la implementación de programas específicos (Flaspohler, Duffy, Wandersman, Stillman, & Maras, 2008). Sin embargo, la mayoría de las evidencias provienen de experiencias anecdóticas y no sistematizadas, más que de estudios empíricos (Chinman et al., 2005).

Niveles de Preparación Comunitaria

Para Oetting et al. (1995) los niveles propuestos en el modelo de preparación individual son insuficientes para definir adecuadamente todos los posibles estados de preparación de una comunidad. Los procesos y las condiciones grupales que se producen en un entorno comunitario, no son fácilmente trasladables a las cinco fases propuestas para la

preparación individual. Por eso se establecen finalmente nueve niveles de preparación comunitaria:

1. *Tolerancia o ausencia de conciencia* de la existencia de problemas comunitarios.
2. *Negación* o poca o ninguna conciencia de que el problema afecta a la comunidad.
3. *Vaga conciencia* entre los miembros de la comunidad de la existencia de un problema local.
4. *Pre-planificación* o idea general de la existencia de un problema y de la necesidad de articular iniciativas concretas.
5. *Preparación* o planificación inicial de acciones centradas en problemas concretos.
6. *Iniciación* o existencia de alguna información acerca de las necesidades y problemas que justifican las iniciativas puestas en marcha.
7. *Institucionalización o estabilización* de programas o actividades y apoyo de la administración u otras organizaciones comunitarias.
8. *Confirmación/expansión* de iniciativas estandarizadas en la comunidad y apoyo por diversos agentes comunitarios.
9. *Profesionalización* de las iniciativas comunitarias, conocimiento sistemático y exhaustivo de los problemas comunitarios y recogida continua de información sobre la efectividad de los programas.

Perfiles y Contextos de Preparación Comunitaria

El modelo de preparación comunitaria es una extensión del concepto de preparación individual para el cambio terapéutico (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992), teniendo en cuenta procesos comunitarios como el clima y la cohesión social, el liderazgo o el ajuste de la intervención. Como hemos podido comprobar, se trata de un constructo que necesita de un mayor desarrollo de su componente comunitario. De hecho, la propia clasificación de niveles de preparación comunitaria responde más a un desarrollo teórico del concepto que a la evaluación de contextos comunitarios concretos.

Se trata de una aportación teórica a la mejora de la efectividad en el proceso de intervención social, que necesita de una mayor validación contextual o empírica. En ese contexto, puede ser útil la utilización de metodologías inductivas, partiendo de las propias características de la comunidad para construir un modelo de preparación comunitaria. A ese respecto cabe mencionar las aportaciones de Luke (2005) sobre la utilización en la ciencia comunitaria de metodologías que permitan en cierta forma *capturar* el contexto comunitario.

Parece necesario proponer estrategias que permitan el desarrollo práctico y contextualizado del concepto, desarrollando las propuestas teóricas que previamente hemos presentado. Con este trabajo tratamos de realizar una aproximación metodológica a la evaluación de los contextos de preparación comunitaria de una forma inductiva, partiendo de las premisas teóricas establecidas en torno al modelo. Para ello, trataremos de analizar algunos de los indicadores de

preparación comunitaria, aplicándolo al caso de los trabajadores sociales de centros de atención primaria de Andalucía.

En concreto, definimos los tipos de contextos comunitarios en función de varias dimensiones. El examen de *niveles* de preparación parece alejarse en cierta forma de las evidencias prácticas sobre las dinámicas de cambio en contextos comunitarios, al proponer un modelo lineal de preparación. En este estudio partimos del supuesto de que una evaluación de los perfiles o constelaciones de preparación comunitaria, se ajustaría más a los contextos naturales.

El rol y la práctica del trabajador social en centros de atención primaria

Los objetivos del proyecto “Comunidad, Práctica y Resultados en la mejora de la implementación de programas de los trabajadores sociales en centros de atención primaria” (CPR) fueron la sistematización de la práctica y la potenciación del rol de los trabajadores sociales, así como la mejora de la implementación de programas comunitarios en centros de atención primaria. Los trabajadores sociales de atención primaria son profesionales que tienen que desarrollar una actividad orientada a la intervención social en salud, en un contexto que a menudo se centra en la prestación de un servicio asistencial. Es en este contexto en el que evaluamos la preparación comunitaria para el cambio, utilizando a los propios trabajadores sociales como informantes clave y estableciendo tipos de contextos de intervención en función de los resultados obtenidos en un conjunto de dimensiones.

Con este estudio evaluamos algunas de las dimensiones del Modelo de Preparación Comunitaria en centros de salud y en el contexto comunitario en el que se insertan, a través de la entrevista a los trabajadores sociales como informantes clave. A partir de los resultados, trataremos de identificar factores que permitan establecer tipologías de entornos comunitarios, en función del nivel de preparación comunitaria. Estas tipologías servirán para evaluar contextos, de modo que faciliten en el futuro la aplicación de estrategias de mejora de la efectividad.

Método

Se aplicó un cuestionario para evaluar la percepción que tienen los trabajadores sociales sobre la preparación comunitaria del contexto del centro de salud. El cuestionario fue elaborado *ad hoc*, en función de las características de la población y los contextos evaluados. La escala de evaluación tomó como referencia otros instrumentos de preparación comunitaria.

La evaluación del concepto de preparación comunitaria

Las escalas utilizadas para evaluar el estado de preparación comunitaria incluyen preguntas sobre la existencia de programas de prevención en la comunidad, las actitudes co-

munitarias, etcétera; y revelan los supuestos teóricos sobre el tema. Algunos de los principales instrumentos que se han desarrollado hasta el momento para evaluar la preparación comunitaria son los siguientes:

- (a) *Community Readiness Survey*. *Tri-Ethnic Center for Prevention Research*. Esta es una de las escalas más utilizadas y adaptadas para evaluar el estado de preparación comunitaria. A través de esta escala se evalúan las seis dimensiones del modelo de preparación comunitaria: la existencia de iniciativas comunitarias de prevención, el conocimiento por parte de la comunidad de estas iniciativas, el liderazgo comunitario, el clima comunitario, el conocimiento acerca del problema y los recursos para la prevención. Para evaluar la preparación de la comunidad, es necesario seleccionar de 4 a 6 miembros de la comunidad que tengan relación con la cuestión a evaluar y que pertenezcan a diferentes ámbitos.
- (b) *Community Readiness Survey*. *Minnesota Institute of Public Health*. La entrevista desarrollada por el Instituto de Salud Pública de Minnesota, fue validada por Beebe, Harrison, Sharma & Hedger (2001). Está diseñada especialmente para evaluar la preparación de la comunidad para la implementación de programas de prevención del consumo y abuso de sustancias (alcohol, tabaco, otras drogas y juego). Las dimensiones que evalúa son: percepción del problema de consumo de drogas en la comunidad, actitudes permisivas hacia este consumo, apoyo comunitario a las políticas y programas de prevención del consumo, accesibilidad de estas drogas a la población joven y percepción del compromiso comunitario con la prevención del consumo de drogas.
- (c) *Community Key Leader Survey*. *University of South Carolina*. La Encuesta para Líderes Clave de la Comunidad de Goodman & Wandersman (1996), ha sido diseñada para entrevistar a informantes clave de la comunidad que ocupen un papel de liderazgo comunitario, y evalúa la conciencia individual y organizativa, la preocupación por el problema en cuestión (el consumo de drogas, el fracaso escolar, el cáncer de mama, etcétera) y las iniciativas que están siendo implementadas en diferentes niveles comunitarios (Gouvis, Moore, Jenkins & Small, 2002).
- (d) *Community Readiness Assessment*. *Perinatal Periods of Risk*. El objetivo de la iniciativa de *Evaluación y Prevención de los Periodos Perinatales de Riesgo* es la evaluación y la investigación de la mortalidad infantil en el periodo de embarazo y postparto. De hecho, proporciona un marco teórico y práctico que puede ser utilizado para la movilización y el desarrollo de iniciativas en este campo. Dentro de este modelo, se incluye la necesidad de evaluar la preparación comunitaria para el desarrollo de iniciativas de prevención para la reducción de este tipo de riesgos. Se identifican cinco componentes de la preparación para el cambio comunitario: el razonamiento sobre el problema, los roles comunitarios, los recursos para el cambio, los riesgos y los resultados (CityMatCH, 2003).

- (e) *Community Readiness Inventory*. *Nacional Institute on Drug Abuse (NIDA)*. El NIDA identifica siete factores relacionados con la preparación comunitaria, basándose en la literatura científica sobre promoción de la salud, delincuencia y comisión de delitos y desarrollo comunitario. Con esta propuesta, el NIDA trata de complementar otras propuestas como la del *Tri-Ethnic Center*. Los siete factores propuestos son: definición del problema, reconocimiento comunitario del problema, existencia y capacidad de acceso a los recursos, planificación, capacidad de movilización y puesta en marcha de actividades de prevención, creación de redes comunitarias y liderazgo, talento y sentido de comunidad.
- (f) *Organizational Readiness for Change (ORC) Assessment*. *Texas Christian University*. Lehman, Greener & Simpson (2002) diseñaron un instrumento para medir el funcionamiento y la preparación comunitaria para el cambio, basándose en trabajos previos sobre la transferencia del conocimiento sobre la intervención y el tratamiento del abuso de sustancias a los servicios de atención y orientación a personas con problemas de drogas. El instrumento evalúa cuatro dimensiones del concepto de preparación organizativa: la motivación para el cambio, los atributos de personalidad de los líderes y miembros de la organización, los recursos institucionales y el clima organizativo.
- (g) *Key Leader Interviews*. *Communities That Care Initiative*. Feinberg, Greenberg & Osgood (2004) han propuesto dos tipos de entrevista como parte de la implementación del proyecto *Communities That Care*. Esta iniciativa relaciona la potenciación comunitaria con los problemas de conducta de jóvenes y adolescentes (el consumo de drogas, la violencia, el fracaso escolar, los embarazos adolescentes, etcétera). Uno de los cuestionarios ha sido diseñado específicamente para los coordinadores y directores de programas comunitarios y otro para los líderes y miembros influyentes de la comunidad.

A partir de esta revisión y del estudio previo del contexto de trabajo de los trabajadores sociales en centros de atención primaria, se diseñó una escala de 18 ítems que recogía los elementos fundamentales del concepto de preparación comunitaria: percepción de los problemas comunitarios, percepción de la implicación tanto del trabajador social como de otros profesionales del centro en el entorno comunitario, ajuste comunitario de las intervenciones y participación comunitaria en los programas. Estos indicadores engloban algunas de las dimensiones apuntadas por otros autores sobre la preparación comunitaria. Los trabajadores sociales entrevistados debían responder en una escala de 1 a 10 en función del grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones propuestas.

Otros ámbitos relacionados con la preparación comunitaria, evaluados a través de este cuestionario, fueron los siguientes:

- Problemas sociales y su prevalencia en el entorno comunitario del centro de salud.

- Principales colectivos y principales áreas en las que se desarrollan actividades y programas de intervención desde el centro de salud.
- Coordinación y contacto con otros servicios y profesionales.
- Ajuste de los programas y participación de la comunidad.
- Organización y funcionamiento del centro de salud.

Participantes

Los entrevistados fueron 81 trabajadores sociales participantes en las sesiones de formación del proyecto CPR. Se trataba de profesionales del sistema de atención primaria en salud de Andalucía. Previamente se excluyeron seis casos que corresponden a participantes que no dieron su consentimiento para la utilización de los datos o decidieron no cumplimentar el cuestionario. En total se entrevistó al 29.3 por ciento de los 297 trabajadores sociales que trabajan en centros de salud en Andalucía. En la Tabla 1 detallamos el número de trabajadores sociales existentes por provincia y el número de entrevistados en el marco de la investigación.

Tabla 1. Distribución de trabajadores por provincias.

Provincias	Nº TS	Nº Entrevistados	%
Almería	27	6	22.2
Cádiz	40	10	25
Córdoba	28	5	17.9
Granada	38	6	15.8
Huelva	25	6	24
Jaén	36	9	25
Málaga	49	21	42.9
Sevilla	54	16	29.6
S/I	---	2	---
TOTAL	297	81	29.3

Del total de entrevistados, un 95 por ciento eran mujeres. La edad media era de 43.6 años y llevaban trabajando una media de 8.24 años en el centro de salud.

En este caso, los trabajadores sociales actuaban como informantes clave para la evaluación de la preparación de la comunidad. Las entrevistas a informantes clave son un método de evaluación que ha mostrado su efectividad en la evaluación de necesidades. Un informante clave es una persona que probablemente conoce el problema o la cuestión por la que se le pregunta, sin necesidad de ser un líder comunitario o un miembro influyente de la comunidad (Edwards et al., 2000).

Resultados

En el estudio encontramos en general puntuaciones bajas en los indicadores de preparación comunitaria evaluados. Sin embargo se pueden diferenciar tipos de contextos comunitarios dependiendo de los resultados en las dimensiones analizadas. En la Tabla 2, se resumen las respuestas de los trabajadores sociales en la escala de preparación comunitaria.

Las medias más altas corresponden a los ítems relacionados con la importancia otorgada por el trabajador social a la intervención comunitaria ($M= 9.31$) y el interés del trabajador social por las iniciativas comunitarias ($M= 9.21$). Las medias se sitúan en torno a 5 sobre 10 en la mayoría de los ítems restantes. Las medias más bajas corresponden a la existencia de programas iniciados por la comunidad ($M= 4.15$) y la existencia de un elevado nivel de colaboración de los miembros de la comunidad en los programas de intervención ($M= 4.17$). Los ítems 3 y 4 reflejan cierta concentración de los recursos de intervención socio-sanitaria del centro de salud en el rol del trabajador social. Sin embargo, también pueden corresponder (al menos en parte) a un patrón de respuesta característico, como vemos a continuación.

Tabla 2. Medias de la escala de Preparación Comunitaria.

Ítem	M	SD
1. Conocimiento de programas por el TS	7.74	1.46
2. Inversión de tiempo en la comunidad por el TS	6.84	2.23
3. Importancia de intervención en comunidad para el TS	9.31	2.17
4. Interés por iniciativas comunitarias del TS	9.21	1.59
5. Conocimiento canales de información por TS	7.97	1.64
6. Implicación del CS en las iniciativas comunitarias	5.64	2.62
7. Conocimiento Personal CS de los Programas	4.53	2.22
8. Contactos del CS con la comunidad	5.51	2.56
9. Participación del CS en grupos de trabajo en la comunidad	5.91	2.87
10. Conocimiento programas por la comunidad	4.81	1.91
11. Uno o más programas iniciados por la comunidad	4.15	2.39
12. Elevado nivel de colaboración de la comunidad	4.17	2.32
13. Contactos entre comunidad y organizaciones	4.99	2.21
14. Consideración de opinión de miembros de comunidad	4.88	2.64
15. Conocimiento de problemas comunitarios por personal del CS	6.6	2.15
16. Análisis de necesidades	5.21	2.86
17. Conocimiento de problemas comunitarios por organizaciones	6.1	1.98
18. Ajuste de los programas a los problemas de la comunidad	5.34	2.45

Fiabilidad de la escala de preparación comunitaria

La puntuación observada en los ítems 3 y 4, alta en comparación con la obtenida en el resto de ítems, puede corresponder a un sesgo de discapacidad social. Por eso aplicamos un análisis de la fiabilidad de la subescala de preparación comunitaria. Para ello se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach. Los resultados de fiabilidad muestran un indicador alto para el conjunto de los 18 elementos de la escala ($\alpha=.860$). De todos modos, si se eliminan los ítems 3 y 4 de la subescala, mejora ligeramente la fiabilidad general de la misma, por encima de cómo lo haría si elimináramos cualquier otro ítem ($\alpha=.886$). Se trata de cuestiones relacionadas con el interés y la motivación del trabajador social por la intervención comunitaria. Por tanto, los resultados pueden derivar de las expectativas y las competencias esperadas para el rol que desempeñan en el centro de salud. En análisis posteriores prescindimos de los ítems 3 y 4 de la escala.

Análisis factorial y dimensiones de preparación comunitaria

En este apartado examinamos las dimensiones o factores evaluados a través de la escala de preparación comunitaria. Para la clasificación y agrupación de los ítems de la escala se utilizó el análisis factorial, mediante el método de los componentes principales y con rotación Varimax. Se trataba de ver las dimensiones que se estaban evaluando con la escala y utilizar estas dimensiones para establecer diferentes tipos de contextos comunitarios. Los resultados se resumen en la Tabla 3.

Tabla 3. Análisis factorial de la escala de preparación comunitaria.

ÍTEM	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
PC1	---	---	---	.755
PC2	---	---	---	.708
PC5	---	---	---	.736
PC6	---	.826	---	---
PC7	---	.643	---	---
PC8	---	.886	---	---
PC9	---	.788	---	---
PC10	.676	---	---	---
PC11	.771	---	---	---
PC12	.758	---	---	---
PC13	.854	---	---	---
PC14	.755	---	---	---
PC15	---	---	.622	---
PC16	---	---	.682	---
PC17	---	---	.847	---
PC18	---	---	.581	---
Varianza Explicada	22.42	19.95	14.36	11.35
M	4.60	5.40	5.81	7.52
SD	2.29	2.57	2.36	1.79

En total, se encontraron cuatro factores en la escala, que en su totalidad explican el 68.07 por ciento del total de varianza de la misma. Para determinar los ítems que pertenecen a cada factor, eliminamos las saturaciones por debajo de .500. De ese modo, nos encontramos con cuatro dimensiones que, de acuerdo con la revisión teórica previa, son fundamentales en la definición de la capacidad de cambio de la comunidad ante las iniciativas de intervención comunitaria:

Factor 1. Movilización y participación comunitaria. Está formado por los ítems 10, 11, 12, 13 y 14. Este factor está relacionado con la participación de los miembros de la comunidad en los programas sociales que ponen en marcha los agentes sociales, con la capacidad de la comunidad de auto-gestionar los problemas, con la puesta en marcha de iniciativas sociales y en definitiva, con conceptos como la potenciación, la participación, la capacitación social, etcétera.

Factor 2. Implicación comunitaria del Centro de Salud. Incluye los ítems 6, 7, 8 y 9. Se trata de un factor que hace referencia a la implicación de la organización y sus miembros en iniciativas y programas comunitarios, más allá de la atención sanitaria y asistencial. Se relaciona por tanto con la actitud proacti-

va de los profesionales sanitarios, con su implicación y conocimiento de los problemas sociales.

Factor 3. Evaluación de necesidades y ajuste de los programas. Comprende los ítems 15, 16, 17 y 18. Se relaciona con el análisis sistemático de las necesidades de la comunidad como paso previo a la implementación de los programas. Se tienen en cuenta las características de la comunidad para el ajuste de la intervención.

Factor 4. Implicación comunitaria del trabajador social. En este factor se incluyen los ítems 1, 2 y 5. Se trata de la evaluación del conocimiento y la participación del trabajador social en el entorno comunitario en el que se encuentra su centro de salud.

Si observamos las medias de la muestra de entrevistados en cada uno de los factores descritos, vemos que es el factor 4 “Implicación del trabajador social” el que tiene la media más alta ($M=7.52$), mientras que la media más baja es la obtenida por el factor 1 “Movilización y participación comunitaria” ($M=4.60$).

Análisis de conglomerados y tipos de contextos de preparación comunitaria

A partir de los factores identificados en la escala, agrupamos las respuestas obtenidas en función del perfil de puntuaciones en cada uno de ellos. Se trata de la identificación de diferentes contextos de preparación comunitaria en atención primaria y de intervención social desde el centro de salud. En este caso se evalúa la percepción de algunos informantes clave, trabajadores sociales de atención primaria, sobre las dimensiones del contexto comunitario en el que des-

arrollan su actividad profesional. De esta forma, conseguimos obtener perfiles o tipos de contextos en función de los resultados en cada una de las dimensiones evaluadas. Cada uno de estos perfiles está caracterizado por elementos facilitadores y barreras para la efectividad en la implementación de programas de intervención social en salud.

Para el análisis de conglomerados, se utilizó el método de las K-medias. Este tipo de análisis de conglomerados está diseñado para asignar casos a un número fijo de grupos (*clusters* o conglomerados) cuyas características no se conocen aún pero que se basan en un conjunto de variables especificadas. Por otra parte, el análisis de conglomerados proporciona un método eficaz para evaluar y describir las características del contexto comunitario (Luke, 2005).

Tras diversos análisis previos se tomaron dos decisiones que determinaron los resultados finales obtenidos. En primer lugar, se optó por prescindir del cuarto factor, relacionado con la implicación comunitaria del propio trabajador social. Los centros de los conglomerados obtenidos para este factor, eran elevados en todos los casos. Ello restaba valor explicativo a esta dimensión, a la vez que homogeneizaba los conglomerados e impedía distinguir adecuadamente diferencias entre los mismos. En segundo lugar, se comprobó que tres era el número de conglomerados que mejor se ajustaba a los resultados obtenidos y a las características de la muestra de trabajadores sociales entrevistados.

La convergencia de los centros de los conglomerados se logró en cuatro iteraciones. Los resultados obtenidos se muestran en la Tabla 4. Como vemos, la distribución final del número de entrevistados en cada uno de los conglomerados es equilibrada. El primer conglomerado tiene 19 sujetos (23.46%), el segundo 28 (34.57%), mientras que el tercer grupo es el más numeroso, con 34 entrevistados (41.97%).

Tabla 4. Análisis de conglomerados.

Dimensiones	F	I. Contexto de enfoque Técnico-asistencial ($n=19$)	II. Contexto de enfoque Comunitario ($n=28$)	III. Contexto Biomédico ($n=34$)
		M	M	M
Movilización comunitaria	39.399	6.42	5.23	3.09
Implicación del Centro de Salud	87.495	7.25	6.73	3.26
Ajuste comunitario	32.306	5.25	7.42	4.77

Por otro lado, las distancias entre los conglomerados muestran que el tercer grupo es el que parece más diferente al resto al presentar distancias mayores a los centros del primer y segundo conglomerado (5.22 y 4.86 respectivamente). Los dos primeros conglomerados son más similares entre sí (2.53).

Como podemos observar en la Figura 1, los conglomerados 1 y 2 tienen puntuaciones altas en el factor 2, relacionado con la implicación comunitaria de los profesionales del centro de salud. En cuanto al ajuste comunitario de las intervenciones, el conglomerado 2 tiene una media alta, mientras que la de los conglomerados 1 y 3 son más bajas. El

conglomerado 3 tiene las puntuaciones más bajas en los tres factores. Se observan tres perfiles diferenciados:

1. *Contexto de enfoque técnico-asistencial (Conglomerado 1).* Este contexto estaría definido por la elevada implicación de los profesionales del centro, teniendo en cuenta la participación de otros agentes sociales de la comunidad, pero sin contar con el ajuste adecuado de la intervención a las características de la comunidad en la que se interviene.
2. *Contexto de corte comunitario (Conglomerado 2).* El segundo conglomerado estaría orientado por la pertinencia y el ajuste comunitario de los programas. En este caso, la

media más baja se observaría en la participación y la movilización comunitaria.

3. *Contexto biomédico o de perfil bajo (Conglomerado 3)*. En este contexto se observan las medias más bajas de movilización comunitaria, implicación de los profesionales y ajuste comunitario. Puede corresponder a la asimilación del modelo biomédico en detrimento del carácter comunitario del trabajo social.

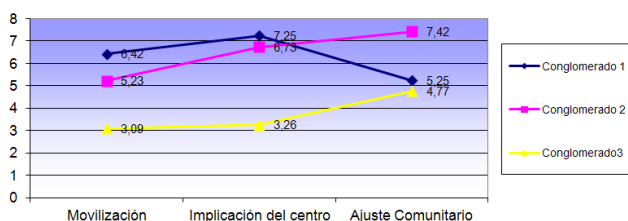


Figura 1. Puntuaciones en factores por conglomerados.

Discusión

La preparación comunitaria ha sido evaluada hasta ahora haciendo referencia a un problema, necesidad o tema específico en un contexto comunitario determinado (Plested et al., 1998). En los ejemplos expuestos en la introducción, se hace referencia de forma específica a la preparación comunitaria en problemas concretos. En este trabajo hemos propuesto un punto de vista más amplio en la evaluación de la preparación comunitaria. Por eso hemos recurrido a informantes clave de diferentes contextos dentro de un ámbito profesio-

nal común: la atención primaria en salud. Esto permite comparar contextos con características básicas similares y ver las diferencias en algunas de las dimensiones de preparación comunitaria.

Por otro lado, hemos evaluado dimensiones similares no orientadas hacia el problema. Se trata de cuestiones generales como la valoración de la participación comunitaria, la implicación de los profesionales de salud o el ajuste comunitario de los programas implementados. Así tratamos de evaluar elementos de la capacidad y la preparación comunitarias comparables en diferentes contextos. A pesar de ello, también consideramos que es imposible desligar la evaluación del contexto comunitario de la figura de los profesionales de los que se obtiene esta información. En este estudio la preparación de los entornos comunitarios se evalúa desde el punto de vista de los centros de salud y de los trabajadores sociales entrevistados.

En tercer lugar, no hemos utilizado los niveles propuestos para describir la preparación para el cambio de los contextos evaluados. En su lugar, hemos establecido perfiles de preparación comunitaria. El establecimiento de perfiles o tipos de comunidades es una forma más reflexiva, menos lineal y menos reduccionista de categorizar los contextos comunitarios que los niveles descritos, como intentamos argumentar en el siguiente apartado.

Finalmente, al igual que algunas de las propuestas metodológicas mencionadas más arriba, hemos utilizado una clasificación comprehensiva y amplia de las dimensiones del concepto (ver Tabla 5).

Tabla 5. Comparación de procedimientos de evaluación de la preparación comunitaria.

Modelo de Preparación Comunitaria para el cambio (Edwards et al. 2000)	Tipología de contextos comunitarios de preparación para el cambio
Orientada hacia el contexto	Diferentes contextos
Diferentes ámbitos informantes clave	Mismo ámbito informantes clave
Orientada hacia el problema	No orientada hacia el problema
Niveles de preparación	Tipos de contextos
Liderazgo, Recursos, Iniciativas, Conocimiento del problema, Conocimiento de las iniciativas, Clima Comunitario	Ajuste comunitario de los programas, Participación comunitaria, Implicación de los profesionales, Implicación de los informantes clave

Preparación comunitaria y diferentes contextos de intervención

Como hemos comprobado a través del análisis factorial, el instrumento propuesto evalúa cuatro dimensiones fundamentales: la implicación del trabajador social (en este caso, el informante clave), la implicación de los profesionales del centro de salud, la participación de la comunidad en los programas implementados y el ajuste comunitario de estos programas. Estos indicadores sirvieron para identificar tres tipos de contextos diferentes en atención primaria de salud en Andalucía.

El modelo de preparación comunitaria permite clasificar el contexto en varios grupos en función de indicadores que predicen las barreras que encontraremos en la implementación de programas. Partimos del supuesto de que es más

probable que un programa obtenga resultados positivos en un contexto donde hay altos niveles de implicación de los profesionales, alto ajuste de los programas y alta participación social.

Los tres perfiles identificados permiten obtener una descripción precisa de los contextos evaluados. Los centros de salud clasificados dentro de una *orientación comunitaria*, se caracterizan, además de por una mayor preocupación por la adaptación de los programas a las características comunitarias, por una mayor implicación de los profesionales del centro de salud (pese a observarse un nivel comparativamente bajo de implicación en otros miembros de la comunidad). Se trata de un contexto en el que por lo general se ha realizado una evaluación exhaustiva de las necesidades de salud de la población y se diseñan y ponen en marcha programas que hagan frente a estas necesidades, contando con la participa-

ción de diferentes profesionales. Sin embargo, este esfuerzo de intervención no se ve apoyado por la movilización y la participación de otros miembros de la comunidad, que se limita a la fase de evaluación de necesidades.

El *perfil técnico-asistencial* hace referencia a contextos con niveles elevados de movilización social, en los que existe una clara conciencia de los problemas existentes. En este caso, la implicación de los profesionales es igualmente elevada y se observa un nivel alto de participación comunitaria. Sin embargo, se echa en falta un mayor ajuste de las intervenciones a las características de la comunidad. Podemos decir que el rol de los profesionales se centra en el control del proceso de intervención y en el trabajo técnico en contextos estables y organizados.

El tercer perfil, que hemos denominado *perfil bajo o biomédico*, se relaciona con contextos en los que apenas existe implicación de otros profesionales del centro de salud, es baja la participación comunitaria en la definición de los problemas sociales y se aplican pocas estrategias de ajuste de las intervenciones. En este caso, la intervención en salud se asimila en mayor medida a un modelo biomédico, con menos iniciativas que incidan en los aspectos comunitarios de los problemas de salud. Es escasa la conciencia de problemas, y se echan en falta profesionales dispuestos a liderar estas iniciativas o bien un clima de cambio en el entorno comunitario.

Resulta de interés comparar estos perfiles con los niveles establecidos por Oetting et al. (1995). Los primeros niveles pueden equipararse con el perfil biomédico. Las primeras etapas corresponden a un contexto en el que no se ha realizado evaluación de necesidades, no se cuenta con profesionales y líderes implicados, y hay una notable falta de participación comunitaria. Las diferencias se observan en la evolución de los niveles y los perfiles. Mientras que los niveles de Oetting y colaboradores describen un aumento progresivo de la preparación para el cambio de la comunidad, en el caso de los perfiles se observan puntos fuertes y débiles en función de la dimensión evaluada. Por ejemplo, el perfil de orientación técnico-asistencial, que se podría relacionar con los niveles intermedios de preparación comunitaria, muestra una alta participación de otros miembros de la comunidad, mientras que en los niveles mencionados la participación de la comunidad en las iniciativas existentes es relativamente escasa.

En el caso de los perfiles podemos diferenciar dos tipos de contextos. El perfil bajo o biomédico se corresponde con los centros más distantes al comparar los tres conglomerados. Son contextos en los que la figura del trabajador social y el carácter comunitario de las iniciativas en salud parecen haberse diluido en un modelo de asistencia médica tradicional. Los otros dos perfiles, el comunitario y el técnico-asistencial, están más cercanos entre sí. Se trata de contextos en los que los profesionales mantienen una actitud proactiva y participativa hacia la comunidad. En estos dos grupos parece darse una relación de contingencia entre el nivel de participación de la comunidad y el nivel de ajuste de las iniciati-

vas puestas en marcha desde el centro de salud. Cuando los niveles de participación social son elevados, las estrategias de ajuste comunitario son menos necesarias. Por el contrario, se requieren más esfuerzos de ajuste comunitario cuando se trabaja en un contexto con un bajo nivel de implicación social.

La principal aportación del análisis de contextos, es la adopción de un modelo de perfiles o tipos en la descripción de la preparación comunitaria para el cambio social, (a partir de la evaluación del contexto, de acuerdo con una serie de premisas teóricas y metodológicas); en lugar de una clasificación lineal y progresiva, en función de un conjunto de niveles de preparación preestablecidos de forma teórica.

Se trata, por tanto, de un enfoque de evaluación de la preparación comunitaria diferente del originalmente propuesto por Oetting y colaboradores. El modelo de Preparación Comunitaria parte de la premisa de que es necesario hacer referencia a un contexto concreto y a un problema determinado, y no es posible establecer un nivel general de preparación de una comunidad. La preparación puede referirse, por ejemplo, a la participación de mujeres latinas en ensayos clínicos sobre prevención (Lawsin et al., 2007) o a la movilización y participación social de minorías étnicas (Jumper-Thurman et al., 2007). Eso permite concretar el campo de actuación y diseñar estrategias específicas para cada una de las iniciativas de intervención comunitaria puestas en marcha en un contexto determinado.

Con los perfiles contamos con un punto de vista más amplio del concepto de preparación comunitaria. Edwards et al. (2000) recurren a un modelo lineal de evaluación de la preparación, representada por niveles que indican una mejora progresiva de la preparación para el cambio. Sin embargo, la evaluación de perfiles se ajusta posiblemente mejor a la diversidad de contextos, capturando las peculiaridades de cada entorno comunitario.

En segundo lugar, los niveles de preparación se establecen a priori, a partir de una construcción teórica del concepto. Los perfiles, sin embargo, se construyen después de la evaluación empírica de contextos concretos. Este segundo enfoque se corresponde con la perspectiva de sistematización de la práctica, recogiendo de un modo matizado los diversos patrones de interacción entre la comunidad, las prácticas de intervención y los resultados (Maya-Jariego, 2007).

Limitaciones y propuestas de investigación

Hemos partido de una revisión exhaustiva del concepto de preparación comunitaria a partir del modelo planteado por Oetting y otros autores. Al hilo de esta revisión, se ha propuesto una aproximación metodológica basada en perfiles de contextos de intervención. Nuestro estudio incluye la elaboración de un instrumento y su utilización para la evaluación de un concepto. No hemos pretendido una evaluación exhaustiva de dicho instrumento, pese a que los análisis realizados apoyan de forma suficiente la validez y la fiabili-

dad del mismo. En todo caso, la utilización de la escala apoya el objetivo general del estudio de revisar de forma crítica el concepto de preparación comunitaria desde un contexto práctico.

En la metodología utilizada, se puede cuestionar la validez de la información proporcionada por los trabajadores sociales de atención primaria, como informantes clave del entorno comunitario en el que trabajan. La investigación previa ha demostrado que es una estrategia pertinente para la evaluación de contextos, y que la información aportada refleja de forma adecuada las dinámicas de la comunidad (Edwards et al., 2000). Sin embargo, se trata del punto de vista de un perfil profesional específico dentro del sistema sanitario. En otros estudios hemos contrastado la valoración de los trabajadores sociales con la de otros profesionales del centro de salud, junto con indicadores externos de participación y movilización comunitaria. Los resultados apoyan la utilización de informantes clave como fuentes indirectas de preparación comunitaria. Por ejemplo, se aplica un mayor número de programas comunitarios en los centros de salud de perfil comunitario y técnico-asistencial, que en el caso del perfil biomédico. Por otro lado, la frecuencia de contactos con otras organizaciones comunitarias por parte de los profesionales del centro de salud es también significativamente menor en el caso del perfil biomédico que en los otros dos perfiles de preparación comunitaria (para una información más detallada de estos resultados, véase Maya-Jariego, Holgado, Santolaya, Gavilán & Ramos, 2010).

En resumen, en el perfil biomédico la atención a la población se centra en recursos generales e intervenciones médicas y sanitarias. Por su parte, en el caso de los perfiles técnico-asistencial y comunitario, la intervención con los

usuarios está guiada por principios de eficacia, ajuste comunitario, participación, mejora de la accesibilidad y prevención de la salud. En ese sentido, el concepto de preparación comunitaria refleja, desde nuestro punto de vista, la interacción del contexto del investigación y de diseño e implantación de programas con las características actuales, la historia previa y las perspectivas futuras de cambio de los entornos comunitarios. La preparación para el cambio, más que una característica intrínseca y unidimensional de la comunidad, es un reflejo de la dinámica de relación entre diferentes procesos del entorno organizativo, el entorno comunitario y la práctica profesional de la intervención.

En futuros estudios sería de interés proponer no sólo una evaluación del concepto sino una comprobación de su utilidad como predictor de la eficacia de la intervención. Como hemos mencionado, existen pocas evidencias prácticas de la relación entre los resultados de la intervención y determinadas características comunitarias. A este respecto, puede ser de interés la utilización de estrategias de análisis multinivel, comparando la aplicación de tratamientos o programas similares en diferentes contextos de preparación comunitaria. Todo ello puede contribuir a una visión más dinámica e interactiva de los procesos de intervención social.

Agradecimientos.- Esta investigación contó con la ayuda del Servicio Andaluz de Salud de la Junta de Andalucía al estudio “Modelo Comunidad-Práctica-Resultados en la Mejora de la Implementación de Programas de los Trabajadores Sociales en Centros de Atención Primaria” con referencia SI-030/08. Nuestro agradecimiento a Eloisa Fernández Santiago, María Dolores Fernández Martínez, Patricia García Roldán, Concepción Díaz Gavira y a los trabajadores sociales participantes en el estudio.

Referencias

- Armengol, R., Chamorro, A. & García-Diá, M.T. (2007). Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal. *Anales de Psicología*, 23 (1), 25-32.
- Beebe, T.J., Harrison, P., Sharma, A. & Hedger, S.A. (2001). The Community Readiness Survey: Development and Initial Validation. *Evaluation Review* 25(1), 55-71.
- Borrayo, E. A. (2007). Using a community readiness model to help overcome breast health disparities among U.S. Latinas. *Substance use & misuse*, 42(4), 603-619.
- Chilenski, S. E., Greenberg, M. T. & Feinberg, M. E. (2007). Community readiness as a multidimensional construct. *Journal of Community Psychology*, 35(3), 351-369.
- Chinman, M., Hannah, G., Wandersman, A., Ebener, P., Hunter, S. B., Imm, P., & Cheldon, 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.
- CityMatCH (2003). Assessing Community Readiness for PPOR [on-line]. Consultado el 02 de marzo de 2009. Disponible en: http://www.citymatch.org/ppor_how.php
- Edwards, R.W., Jumper-Thurman, P., Plested, P.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 Care. *American Journal of Community Psychology*, 33 (3-4), 163-176.
- Findholt, N. (2007). Application of the Community Readiness Model for childhood obesity prevention. *Public Health Nursing*, 24(6), 565-570.
- Flaspohler, P., Duffy, J., Wandersman, A., Stillman, L. & Maras, M.A. (2008). Unpacking Prevention Capacity: An Intersection of Research-to-practice Models and Community-centred Models. *American Journal of Community Psychology*, 41 (3-4), 182-196.
- Forteza, J.A. (1990). La preparación para el retiro. *Anales de Psicología*, 6 (2), 101-114.
- Goodman, R., & Wandersman, A.H. (1996). Community Key Leader Survey [On-line]. Consultado el 2 de marzo de 2009. Disponible en: http://www.surveymonkey.com/s.aspx?sm=AymnmWEQW5xoRqyWfYOGTQ_3d_3d
- Gouvis, C., Moore, G.E., Jenkins, S. & Small, K.M. (2002). Understanding Community Justice Partnerships: Assessing the Capacity To Partner. Washington DC: Urban Institute, Justice Policy Center.
- Hawkins, J.D., & Catalano, R. (1992). *Communities that care*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Jumper-Thurman, P., Plested, B., Edwards, R., Oetting, E., and Helm, H. (2001). Using the Community Readiness Model in Native communities. En J. Trimble & F. Beauvais (Eds.). Health promotion and substance abuse prevention among American Indian and Alaska Native communities: Issues in cultural competence (pp. 129-158). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Jumper-Thurman, P., Vernon, I.S. and Plested, B. (2007). Advancing HIV/AIDS Prevention among American Indians through Capacity Building and Community Readiness Model. *Journal of Public Health Management and Practice*, 13 (Suppl.), 49-54.
- Takefuda I., Stallones L., Gibbs J. (2008). Readiness for community-based bicycle helmet use programs: a study using community-and individual-level readiness models. *Journal of Health Psychology*, 13 (5), 639-643.

- Lawsin, C., Borrayo, E., Edwards, R., Bellos, C. (2007). Community Readiness to Promote Latinas' Participation in Breast Cancer Prevention Clinical Trials. *Health and Social Care in the Community*, 15(4), 369-378.
- Lehman, W. E. K., Greener, J. M., & Simpson, D. D. (2002). Assessing organizational readiness for change. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 197-209.
- Luke, D. (2005). Getting the Big Picture in Community Science: Methods That Capture Context. *American Journal of Community Psychology*, 35 (3-4), 185-200.
- Madrid, A.J. & Garcés, E.J. (2000). La preparación para la jubilación: revisión de los factores psicológicos y sociales que inciden en un mejor ajuste emocional al final del desempeño laboral. *Anales de Psicología*, 16 (1), 87-99.
- Maya-Jariego, I. (2007). La efectividad en la intervención social y comunitaria: el legado de la investigación-acción de Kurt Lewin. En I. Maya Jariego, M. García & F.J. Santolaya. *Estrategias de intervención psicosocial: Casos Prácticos*. Madrid: Pirámide.
- Maya Jariego, I. (2010). De la ciencia a la práctica en la intervención comunitaria. La transferencia del conocimiento científico a la actuación profesional. *Apuntes de Psicología*, 28(1), 121-141.
- Maya Jariego, I., Holgado, D., Santolaya, F.J., Gavilán, A. & Ramos, I. (2010). *Comunidades preparadas para la salud. Preparación comunitaria y práctica profesional de los trabajadores sociales de atención primaria en Andalucía*. Madrid: Bubok.
- McCoy, H. V., Malow R., Edwards, R., Thurland, A. & Rosenberg, R. (2007). A Strategy for Improving Community Effectiveness of HIV/AIDS Intervention Design: The Community Readiness Model in the Caribbean. *Substance Use and Misuse*, 42 (10), 1579-1592.
- McEntire, D.A. & Myers, A. (2004). Preparing communities for disasters: Issues and processes for government readiness. *Journal of Disaster Prevention and Management*, 13 (2), 140-152.
- McMillan, D.W., & Chavis, D.M. (1986). Sense of community: A definition and theory. *American Journal of Community Psychology*, 14(1), 6-23.
- Morrisey, E., Wandersman, A., Seybolt, D., Crusto, C. & Davino, K. (1997). Toward a framework for bridging the gap between science and practice in prevention: A focus on evaluator and practitioner perspectives. *Evaluation and Program Planning*, 20 (3), 367-377.
- Oetting E., Donnermeyer J., Plested B., Edwards R., Kelly, K. & Beauvais F. (1995). Assessing community readiness for prevention. *The International Journal of the Addictions*, 30(6), 659-683.
- Ogilvie, K. A., Moore, R. S., Ogilvie, D. C., Johnson, K. W., Collins, D. A. & Shamblen, S. R. (2008). Changing Community Readiness to Prevent the Abuse of Inhalants and Other Harmful Legal Products in Alaska. *Journal of Community Health*, Volume 33 (4), 248-258.
- Planes, M., Fàbregas, L., Gras, M.E. y Soms, M. (2003). Percepción de las consecuencias del consumo de tabaco en fumadores adictos al juego. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 65, 29-40.
- Plested, B., Edwards, R., & Jumper-Thurman, P. (2007). Disparities in community readiness for HIV/AIDS prevention. *Substance Use and Misuse*, 42 (4), 729-739.
- Plested, B., Jumper-Thurman, P., Edwards, R. & Oetting, E. (1998). Community readiness: A tool for effective community-based prevention. *Prevention Research*, 5(2), 5-7.
- Plested, B., Smitham, D.M., Jumper-Thurman, P., Oetting, E. & Edwards, R. (1999). Readiness for Drug Use Prevention in Rural Minority Communities. *Substance Use and Misuse*, 34 (4-5), 521 – 544.
- Price, R. H. & Behrens, T. (2003). Working Pasteur's Quadrant: Harnessing science and action for community change. *American Journal of Community Psychology*, 31 (3-4), 219-223.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviour. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Scherer, J.A., Ferreira-Pinto, J.B., Ramos, R.L. & Homedes, N. (2002). Measuring Readiness for Change in two Northern Border Mexican Communities. *Journal of Border Health*, 6 (1), 35-41.
- Simpson, D. D. & Flynn, P. M. (Eds.). (2007). Special Issue: Organizational Readiness for Change. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(2).
- Tierney, K.J., Lindell, M.K. & Perry, R.W. (2001). *Facing the unexpected: Disaster Preparedness and Response in the United States*. Washington: Joseph Henry Press.
- Vernon, I.S. & Jumper-Thurman, P. (2002). Prevention of HIV/AIDS in Native American communities: promising interventions. *Public Health Reports*, 117 (Suppl. 1), 96-103.
- 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., Blachman, M., Dunville, R. & Saul, J. (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.
- York, N.L. & Hahn, E.J. (2007). The Community Readiness Model: Evaluating Local Smoke-Free Policy Development. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 8 (3), 184-200.

(Artículo recibido: 3-5-2010; revisión: 3-5-2011; aceptado: 14-5-2011)