

Fidelidad de una intervención educativa: el papel de los facilitadores^a

Juana Edith Cruz Quevedo^b, Dora Julia Onofre-Rodríguez^c, Juana Mercedes Gutiérrez Valverde^d,
Esther C. Gallegos Cabriales^e, Antonia M. Villarruel^f

RESUMEN

Objetivo: evaluar las estrategias de aseguramiento de fidelidad utilizadas en un estudio de intervención controlada y aleatorizada, tales como protocolización y estandarización de la intervención, selección y entrenamiento de los facilitadores, establecimiento de criterios de evaluación de apego y monitoreo del mismo. **Métodología:** análisis de las estrategias a través de las evaluaciones pre y post entrenamiento, los reportes de monitoreo, evaluaciones de final de día y comentarios de participantes de investigación. **Resultados:** el análisis muestra que la selección y entrenamiento aseguró que los facilitadores contarán con el conocimiento suficiente para la entrega del currículo pero también que se sintieran autoeficaces en el proceso y confiarán en la eficiencia de resultado. La protocolización del currículo, y el monitoreo aseguraron el apego a la intervención. Las evaluaciones de final de día de los facilitadores y los comentarios de los participantes reflejan una actuación dinámica, asertiva y apegada a currículo de los facilitadores. **Conclusiones:** el cuidado de los elementos que definen tanto el apego como la entrega competente en una intervención controlada y aleatorizada permite garantizar la integridad de la intervención y con ello disminuir la posibilidad de sesgo por esta fuente.

Palabras clave: estudios de intervención, fidelidad de la intervención, facilitadores.

Cómo citar este artículo:

Cruz-Quevedo JE, Onofre Rodríguez DJ, Gutiérrez Valverde JM, Gallegos Cabriales EC, Villarruel AM. Fidelidad de una intervención educativa: el papel de los facilitadores. Invest Educ Enferm. 2008; 26(1): 60-67.

INTRODUCCIÓN

El éxito de los estudios de intervención controlados depende de la efectividad con que se conjunten diversos elementos en la planeación, implementación y análisis de las mismas. Un elemento esencial es la fidelidad de la intervención, que comprende el apego a lo planeado y la entrega competente por parte de los facilitadores. El apego o adherencia se define como el grado en el que se entregan los elementos prescritos y se evitan los elementos proscritos¹⁻²; es decir, se entregan solamente los elementos del tratamiento que han sido protocolizados y estandarizados. Sólo de esa manera se tienen las mayores probabilidades de obtener los resultados deseados.

-
- a Este artículo es producto del proyecto "Cuidate: Promueve tu salud" con financiamiento del Instituto Nacional de Investigación en Enfermería (NINR) de Estados Unidos de Norteamérica, Grant No. NR04859. Realizado en Monte Rey, N. L. México, entre mayo 2002 y diciembre 2005.
- b Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesora, Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. México. Correo electrónico: jucruz@fe.uanl.mx
- c Maestra en Trabajo Social, Profesora, Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). México. Correo electrónico: donofre64@yahoo.com.mx
- d Maestra en Ciencias de Enfermería, Profesora, Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. México. Correo electrónico: juanymeche@yahoo.com.mx
- e Doctora en Enfermería, Profesora y Secretaria de Programas de Doctorado, Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. México. Correo electrónico: egallego@fe.uanl.mx
- f Doctora en Enfermería, Profesora, Escuela de Enfermería, Directora del Centro de Promoción a la Salud de la Universidad de Michigan, USA. Correo electrónico: avillarr@umich.edu

Recibido: 21 de enero de 2008. Envío para correcciones: 12 de febrero de 2008. Aprobado: 26 de marzo de 2008

Fidelity of an educational process: role of the interventionists

*Juana Edith Cruz Quevedo, Dora Julia Onofre-Rodríguez, Juana Mercedes Gutiérrez Valverde,
Esther C. Gallegos Cabriales, Antonia M. Villarruel*

Por otro lado, la entrega competente depende en gran medida del entendimiento de los aspectos esenciales de la intervención y de las habilidades técnicas e interpersonales de los facilitadores para afrontar diversos aspectos que pueden emerger en el contexto y con ello mantener la fidelidad³. Los investigadores deben considerar que cada persona puede tener su propio punto de vista y experiencias respecto a la temática que pueden influir en su competencia, especialmente cuando abordan aspectos de especial sensibilidad, como el sexo, y por tanto es necesario explorar esa competencia.

La literatura reporta que la influencia de la fidelidad de la intervención puede modificar los resultados de la misma al generar confusión en los efectos del tratamiento y del facilitador, conclusiones incorrectas, incremento del error en la varianza y disminución del poder estadístico⁴, por lo que puede hacer la diferencia entre efectividad y no-efectividad de un tratamiento. Asegurar la fidelidad de la intervención, por lo tanto, involucra a) protocolización y estandarización de la intervención a través de manuales; b) selección y entrenamiento de los facilitadores c) criterios de evaluación para la fidelidad de la intervención y d) monitoreo de la fidelidad de la intervención.

Pese a la importancia de la fidelidad de las intervenciones, en México no se reportan publicaciones al respecto. En el presente artículo se muestra brevemente en qué consistió la intervención controlada y aleatorizada dirigida a reducir comportamientos sexuales de riesgo en adolescentes titulada “*Cuidate: Promueve tu Salud*”, posteriormente se describen las estrategias utilizadas para asegurar la fidelidad en cada uno de sus elementos: protocolización y estandarización del currículo, selección y entrenamiento de facilitadores, criterios de evaluación de apego y monitoreo del mismo. Finalmente se muestran los resultados de esas estrategias derivados del análisis de las evaluaciones pre y post entrenamiento, los reportes de monitoreo, evaluaciones de final de día y comentarios de los participantes de la investigación.

ABSTRACT

Objective: to evaluate treatment fidelity strategies used in a randomized controlled trail study such as record and standardization of intervention, selection and training of interventionists, and implementation of criteria for adherence and monitoring. **Methodology:** strategies analysis through pre and post training evaluation, monitor reporting, day-after evaluation and participants comments. **Results:** the analysis shows the selection and training of able interventionists with sufficient knowledge of curriculum delivery, self-efficient in processes and trustworthy in results. The day-after evaluations and participant’s comment reflect a dynamic, assertive and adhered-to-curriculum performance of the interventionists. **Conclusions:** observation of the elements that define randomized controlled trail study adherence and delivery guarantee intervention integrity and therefore reduce bias possibility because of this source.

*Key words: intervention studies,
intervention fidelity, interventionists.*

La intervención

“*Cuidate: Promueve tu salud*” es un programa fundado en teoría, diseñado para modificar conductas sexuales y reducir el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual (ETS), principalmente el VIH/SIDA⁵. Para verificar su eficacia, se desarrolló una intervención educativa controlada con diseño experimental.

El tratamiento experimental lo constituyó el programa de sexo seguro y el componente control se aplicó con un programa de promoción de la salud en general en el que se incluyeron temas generales de prevención de drogas, salud

bucal y nutrición. La entrega de los currículos se realizó por separado para padres y adolescentes por lo que se conformaron en total cuatro grupos: sexo seguro-adolescentes, sexo seguro-padres, salud-adolescentes y salud-padres. El nombre del programa “promueve tu salud” se eligió deliberadamente para hacer notar que ambas condiciones eran igualmente importantes. La entrega de los currículos estuvo a cargo de 31 facilitadores y se realizó en dos sesiones, con una duración total de 6 horas. Los aspectos metodológicos y los resultados de la intervención, serán reportados en otros artículos.

Protocolización y estandarización de la intervención por medio de manuales

La protocolización y estandarización de la intervención se implementó a través de manuales que fungieron como guías para el desarrollo en la entrega del currículo. Cada manual contiene introducción al programa, descripción de su organización, perspectiva general de la intervención donde se menciona que el objetivo del programa *Cuidate!: promueve tu salud* es ayudar a los adolescentes a comportarse en formas que apoyen la buena salud y eviten el desarrollo de problemas graves de salud en forma general, sin hacer diferencia entre una condición y otra. Además, el manual incluye descripción de los componentes, estrategias de enseñanza y el programa concreto a ser entregado. Este último fue organizado por módulos. Cada uno contiene: metas, objetivos, tiempo requerido, materiales necesarios, estrategias y métodos a desarrollar, razones para cada actividad, notas detalladas para el facilitador, actividades y copias de los materiales a ser utilizados.

En los manuales, las instrucciones a seguir por el facilitador estaban numeradas; se incluyó la descripción verbatim encerrada en un recuadro para asegurar que el contenido y el tono se expresaran fielmente, así como para garantizar que los participantes recibieran el mismo contenido en la misma secuencia y usando el lenguaje adecuado. En el manual se incluyó una nota en la que se advertía al facilitador de la importancia de realizar las actividades exactamente como está escrito, para con ello evitar elementos proscritos; sin embargo, también se les invitaba a tomar notas y comunicar a los facilitadores maestros dudas e inquietudes surgidas. Los manuales fueron usados para el entrenamiento, como guía de los facilitadores, y para el monitoreo de la fidelidad de la intervención.

Selección y entrenamiento de los facilitadores

El reclutamiento y selección de facilitadores se llevó a cabo seis meses antes de la intervención, bajo la responsabilidad

de dos integrantes del equipo de investigación. Dada las características del currículo y de los participantes, se establecieron los criterios mínimos necesarios para fungir como facilitadores; los principales fueron: (a) tener facilidad para relacionarse con los adolescentes y/o sus padres, (b) tener experiencia en manejo de grupos y (c) capacidad para seguir direcciones.

La difusión de los puestos de facilitadores se hizo mediante carteles y contactos personales; los interesados llenaron un cuestionario por medio del cual se identificaron los aspirantes con perfil idóneo. Posteriormente fueron entrevistados a fin de conocer sus habilidades de comunicación e interacción y además se exploró si se sentían cómodos al hablar y explicar temas sexuales. En una segunda entrevista se explicaron las responsabilidades y compromisos que adquiriría el facilitador de ser seleccionado, enfatizando en la disponibilidad de tiempo para el entrenamiento, asistencia a las sesiones educativas en fin de semana y necesidad de estricto apego al currículo. Una vez que los seleccionados aceptaron, se informó de fechas y remuneración que recibirían por su trabajo, que consistió en el pago del equivalente a 150 dólares americanos por cada dos sesiones.

Como parte del entrenamiento se llevó a cabo una orientación general del programa. El grupo de facilitadores recibió una amplia visión del proyecto de investigación, a fin de que conocieran el propósito del estudio, los factores asociados al problema de salud en cuestión, los objetivos que se buscaba alcanzar con la intervención, el marco teórico conceptual en que se fundamentaba y la importancia de su papel como facilitadores para ambas condiciones.

A cada facilitador se le asignó un código con el cual trabajaría durante todo el proyecto. Con ese código, los facilitadores fueron asignados aleatoriamente, controlando por género y edad, a una de las cuatro condiciones, a fin de evitar el sesgo por la experiencia del facilitador y promover con ello lo que verdaderamente se pusiera a prueba fuera el currículo. Así quedaron conformados los cuatro grupos de facilitadores para cada condición de intervención; a cada uno de ellos se le designó un facilitador maestro quien supervisó el entrenamiento.

El entrenamiento de los facilitadores asegura que las habilidades puedan ser moldeadas, refinadas o mejoradas⁶. Los facilitadores del programa participaron en un entrenamiento de 20 horas en 2.5 días. Los objetivos centrales del entrenamiento fueron promover la autoeficacia para la ejecución de la intervención y que los facilitadores demostraran seguridad al conducirlo y manejaran las actividades con destreza y asertividad ante el grupo.

El modelaje fue la estrategia esencial de entrenamiento; los facilitadores maestros modelaron una de las sesiones utilizando asertivamente la improvisación, la retroalimentación, las actividades interactivas y los juegos competitivos. Posteriormente, cada facilitador modeló una actividad completa a fin de que practicara las actividades, enfatizando en aquellas desconocidas para ellos. Para algunos facilitadores fue necesario ejercitar más algunas actividades de acuerdo a su habilidad para modelarlas con destreza; por ejemplo, en la condición de sexo seguro-adolescentes, algunos de los facilitadores mostraban cierta timidez y nerviosismo, al demostrar frente al grupo la técnica de uso de condón con los modelos anatómicos; para solucionar esta situación, practicaron la técnica por separado, el número de veces necesarias, hasta repetir la técnica correctamente con confianza y naturalidad. Además, el manual fue entregado después del entrenamiento y antes de la intervención a fin de que los facilitadores se familiarizaran con éste.

Criterios de evaluación para la fidelidad de la intervención

La fidelidad de la intervención fue evaluada en diversos momentos: previo a la entrega, durante la entrega y después de la entrega. Algunos de los criterios utilizados para evaluar la fidelidad fueron la aplicación de prueba pre-post entrenamiento a los facilitadores, en las que se valoraron conocimientos, actitudes y creencias respecto de conductas sexuales y conductas de promoción de la salud, así como autoeficacia del proceso de facilitación y actitud para trabajo en grupos.

Para el proceso de entrega de la intervención, los elementos de evaluación incluyeron una hoja flujo de día, con la cual los facilitadores maestros daban seguimiento al proceso; una lista de chequeo de actividades y tiempo de cada actividad que tuvo como propósito monitorizar el apego de los facilitadores al currículo.

Al final de cada día del programa, los facilitadores respondían un cuestionario llamado *Implementación para Facilitadores*, el cual indagaba el grado en que se cumplieron las actividades planeadas, la habilidad para mantener la atención de adolescentes o padres, el control del grupo, el respeto entre los participantes y control del tiempo asignado para cada actividad. El cuestionario también contenía preguntas abiertas acerca de cómo se sintió o cuál fue su reacción sobre las actividades del grupo en el que intervino, así como lo que le gustó y no le gustó de la dinámica de la sesión. Además, se tenía una discusión abierta de situaciones extraordinarias y las formas que

fueron afrontadas para retroalimentación de todos. Un criterio más fueron los comentarios de padres y adolescentes de final de día que servían de retroalimentación a la actuación de los facilitadores.

Monitoreo de la fidelidad de la intervención

Para asegurar la fidelidad de la intervención se realizó el monitoreo del apego y competencia en la entrega del currículo a cargo de los facilitadores maestros. El monitoreo consistió en la observación de las sesiones de intervención, seguimiento de los tiempos de ejecución y contenidos de las actividades, utilizando la hoja de flujo de día y la lista de chequeo. Estas estrategias fueron también puestas en práctica durante el periodo de entrenamiento a fin de que los facilitadores se familiarizaran con la figura y el rol del facilitador maestro.

El día de la sesión, los facilitadores se presentaban una hora antes de que llegaran los participantes, tiempo en que disponían todo su material en forma ordenada y sistemática, a fin de que durante el desarrollo del tema las actividades planeadas transcurrieran fluidamente. En el primer día se desarrollaban las actividades de los tres primeros módulos con duración de una hora cada uno, y en el segundo día los módulos restantes.

Después de cada día del programa, los facilitadores respondían el cuestionario de implementación y se realizaba la reunión de grupo de facilitadores para la retroalimentación.

MÉTODOS Y RESULTADOS

El análisis de las estrategias se realiza a partir de las evaluaciones pre y post entrenamiento de los facilitadores respecto a (a) conocimiento de embarazo, SIDA y ETS; (b) conocimiento sobre salud, (c) autoeficacia del proceso de facilitación y (d) eficacia de resultado evaluada sólo al final del entrenamiento. Además, se analizan los reportes de monitoreo, las evaluaciones de final de día de los facilitadores y los comentarios de padres y adolescentes participantes de la investigación.

Evaluación pre-post entrenamiento

Sesenta personas respondieron a los medios de reclutamiento, de las cuales se seleccionaron 31, quienes formaron el grupo de facilitadores, todos con experiencia de trabajo en grupo. Los facilitadores seleccionados fueron en su mayoría mujeres, principalmente enfermeras con grado de licenciatura (ver Tabla 1).

Tabla 1. Características de los facilitadores

Característica	F	Porcentaje(%)		
Sexo				
Mujeres	25			81.0
Hombres	6			19.0

Característica	Media	DE	Valor mínimo	Valor máximo
Edad (años)	35.0	9.0	21	51
Escolaridad (años)	15.2	1.3	12	17

Conocimiento de embarazo, SIDA y ETS. El cuestionario sobre conocimiento de embarazo, SIDA y ETS estuvo conformado por 24 reactivos con una escala de respuesta de “verdadero”, “no sé” y “falso”. La codificación se realizó asignándole un valor de 1 a la respuesta correcta y 0 a la respuesta incorrecta o “no sé”. Se construyó un índice denominado *conocimiento*, con fluctuación de 0 a 1. Los facilitadores, al inicio de la intervención, obtuvieron una media de .80 (DE = 9.5); el 51.6% de los facilitadores alcanzaron puntajes por debajo de la media. Al final del entrenamiento, la media en este rubro fue de .85 (DE = 7.6) y el 55.2% de los facilitadores alcanzaron puntajes por arriba de la media. La diferencia de medias confirma que al final del entrenamiento el grupo de facilitadores de los grupos de sexo seguro (padres y adolescentes) demostró un incremento significativo en conocimiento de embarazo, SIDA y ETS ($t = -2.5$; $p < .05$).

Conocimiento sobre salud. El cuestionario de salud consta de 16 preguntas que exploran conocimientos generales de salud tales como higiene, ejercicio y dieta, entre otros. La escala de respuesta fue de “verdadero”, “no sé” y “falso”. Para este cuestionario, también se codificó con una asignación de 1 a la respuesta correcta y 0 a la respuesta incorrecta o “no sé”. Se construyó un índice denominado conocimiento en salud con fluctuación de 0 a 1. La media alcanzada por el grupo de facilitadores al inicio del entrenamiento fue de .69 (DE = .10); el 35.5% obtuvo puntajes por arriba de la media. Al final del entrenamiento la media obtenida fue de .82 (DE = .12) y el 51.7% obtuvo puntajes por arriba de ella. La diferencia de medias entre los resultados pre y post muestra que el grupo de facilitadores de los grupos de salud (padres y adolescentes) incrementó significativamente su conocimiento respecto a salud ($t = -6.0$; $p < .001$).

Autoeficacia del proceso de facilitación. La autoeficacia del proceso de facilitación fue valorada a través de 15 reactivos con una escala de respuesta tipo Likert de 1 (completamente en desacuerdo) a 5 (completamente de acuerdo), que exploró cómo se percibían los facilitadores respecto a su capacidad de entregar fielmente el currículo y de sus habilidades para el trabajo en grupo. El grupo de facilitadores obtuvo medias altas tanto al inicio como al final de la intervención [media inicial = 4.5 (DE = .37); media final = 4.7 (DE = .35)] sin diferencia estadísticamente significativa; estos puntajes reflejan la experiencia previa que los facilitadores tenían en trabajo en grupos, lo que fue esencial para una entrega eficaz del currículo. Al finalizar el entrenamiento, los facilitadores afirmaron que aprendieron del entrenamiento y que se sentían preparados para la entrega fiel del currículo.

Eficacia de resultado. La eficacia de resultado se valoró con un cuestionario de 14 reactivos con una escala de respuesta tipo Likert de 1 (completamente en desacuerdo) a 5 (completamente de acuerdo), que exploró la percepción de los facilitadores respecto a los resultados que se obtendrían respecto a la modificación de conducta en los participantes de la intervención. La media alcanzada por el grupo fue de 4.39 (DE = .54), que corresponde a que a la opinión de acuerdo o completamente de acuerdo en que los participantes de la intervención modificarían sus conductas de participar en la intervención.

Reportes de monitoreo

Los reportes de monitoreo de tiempos y contenidos realizados por los facilitadores maestros refleja que el 94.5% de los facilitadores respetó los tiempos establecidos para cada actividad y un 99% mostró control sobre el grupo. Asimismo, el 98.5% de los facilitadores realizaron todas

las actividades como estaban planeadas, lo que indica una alta fidelidad al currículo.

Evaluaciones de final de día

Los facilitadores indicaron percibir que los adolescentes tuvieron reacciones favorables para ambos currículos. En una escala de 1 (completamente en desacuerdo) al 5 (completamente de acuerdo), los facilitadores de ambas condiciones señalaron que a los participantes les gustaron las actividades (Media = 4.89; DE = .33), entendieron las actividades (Media = 4.89; DE = .31) y aprendieron de las actividades (Media = 4.75; DE = .43).

El facilitador master tomaba decisiones en conjunto con el grupo de facilitadores respecto a situaciones extraordinarias y juntos valoraron la mejor forma de afrontarlas a fin de respetar contenidos, tiempo y al mismo tiempo respetar la participación de los integrantes del grupo. Por ejemplo, era común que los participantes se extendieran en alguna discusión o dinámica; los facilitadores a final de día discutieron la mejor forma de afrontarlo y con ello se retroalimentaba al grupo.

En promedio cada facilitador actuó 6 veces. Sus comentarios al final del día reflejan confianza en su papel

dentro del grupo y sentido de satisfacción por el trabajo realizado. Además también reflejan que ellos percibieron la importancia del apego a contenidos y tiempos, así como la búsqueda de soluciones para las debilidades autodetectadas. Algunos de los comentarios fueron los siguientes:

“Hoy me gustaron mucho las actividades con el grupo. Siempre me había sentido cómoda pero con este grupo en especial hasta el momento me sentí hasta en confianza, exigieron un poco más pero fue con el afán de tener mas información y conocer más”.

“Me sentí bien, se hizo una buena relación con el grupo”.

“Feliz! Pues siento que fui muy clara en la transmisión de la información y que el aprendizaje significativo se dio. Además que los chicos se interesaron mucho y no querían que se acabara”.

“Me sentí bien pero algo apresurada; siempre me falta tiempo en el segundo día, sobre todo en la última sesión, creo que está un poco cargado de contenido. Tengo que administrar mejor el tiempo”.

“Me sentí con mucha tensión, sobre todo de no completar el tiempo establecido”



Entre sueños y ensueños

Comentarios de padres y adolescentes

Los padres y adolescentes que participaron en el programa *¡Cuidate!*, evaluaron la actuación de los facilitadores con comentarios abiertos. Los comentarios reflejan la satisfacción con el rol del facilitador, así como con el programa y los contenidos.

Los adolescentes comentaron: “Me gustó mucho la interacción que hubo entre el grupo y nuestro facilitador.”, “Esto estuvo muy padre, me gustó la forma en que nos explicaron toda la información.”, “Se me hizo divertido y me gustó mucho la sesión de hoy porque se me hace que mi facilitador sabe muy bien lo que hace. Quedé muy satisfecha.”

Por su parte, los padres comentaron en el mismo sentido lo siguiente: “Quiero felicitarlos por esta labor tan bonita e instructiva, estuve a gusto con todas las compañeras de grupo aprendí bastante al convivir con ellas y mi facilitador, Muchas Gracias.”; “Gracias al facilitador aprendí como iniciar una conversación con mi hija sobre sexo y sus riesgos. Aprendí sobre el programa *“Cuidate promueve tu salud”*. “Yo vine para aprender y llevarlo a la práctica con mi familia; me sentí muy cómoda con la facilitadora que me tocó, me inspiró mucha confianza, y sobre todo con los compañeros con los que compartí esta clase. Muchas Gracias.”

DISCUSIÓN

El análisis muestra que cada una de las estrategias con los facilitadores en el proyecto *¡Cuidate!* antes, durante y después de la intervención permitió asegurar la fidelidad en la entrega de la intervención. Por ejemplo, la estandarización del currículo a través de los manuales permitió una transmisión clara y objetiva del protocolo de intervención asegurando la fidelidad en la entrega del contenido y la uniformidad de las actividades realizadas en cada uno de los grupos de intervención. Con esta estrategia se disminuye la probabilidad de sesgo generado por el facilitador al influir en diferencias de lo que Sidani⁴ llama fuerza y dosis de la intervención.

Es evidente que la inclusión de la experiencia en grupo como criterio de selección de los facilitadores influyó en su percepción de autoeficacia del proceso de facilitación como lo muestran los resultados de las evaluaciones al respecto aplicados antes y después del entrenamiento. El entrenamiento aseguró que los facilitadores actuaran en forma dinámica, asertiva y con apego estricto al currículo, además que se manejaran los conocimientos esenciales de los contenidos.

El apego y la competencia quedaron demostrados en los reportes de monitoreo, las evaluaciones de final de día y los comentarios de los participantes. El que los facilitadores dominaran los contenidos, tiempos y que se sintieran eficaces en la entrega fiel del currículo reduce el riesgo de que la intervención entregada sea diferente a lo planeado.

La monitorización durante la entrega y la figura del facilitador master permitió la correcta conducción del proceso y la toma de decisiones de corrección cuando se presentaron desviaciones o situaciones extraordinarias. La actuación de los facilitadores con seguridad y confianza ante el grupo y que los padres y adolescentes expresaran el dominio de los contenidos por parte de los facilitadores permitieron, de alguna manera, valorar que la intervención fuera entregada con la misma intensidad en cada uno de los grupos, y con ello garantizar la integridad en los componentes de la intervención.

CONCLUSIONES

En conclusión, el papel de los facilitadores en la fidelidad de la intervención es un factor esencial que contribuye al éxito de las intervenciones controladas aleatorizadas. La aplicación de aspectos metodológicos para el cuidado de la fidelidad en las intervenciones de enfermería ha sido un aspecto poco abordado, sin embargo, la escasa literatura al respecto muestra que considerarlos favorece el desarrollo de este nivel de investigación en enfermería y permitirá avanzar en el fortalecimiento de la ciencia de enfermería⁷. Los resultados mostraron que en esta experiencia se cuidaron cada uno de los elementos que definen tanto el apego como la entrega competente por lo que se garantizó la integridad de la intervención y con ello se disminuyó la posibilidad de sesgo por esta fuente. Con ello se asegura que los resultados derivados de la investigación se deben exclusivamente al tratamiento aplicado y no a factores externos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Waltz J, Addis M, Koerner K, Jacobson N. Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *J Consult Clin Psychol*. 1993; 61: 620-630.
2. Hogue A, Liddle H, Singer A, Lektone J. Intervention fidelity in family-based prevention counseling for adolescent problem behaviors. *J Community Psychol*. 2005; 33(2): 191-211.
3. Santacrose SJ, Maccarelli LM, Grey M. Intervention fidelity. *Nurs Res*. 2004; 53(1): 63-66.

4. Sidani S, Braden C. Evaluating nursing interventions. A theory-driven approach. Thousand Oaks: Sage; 1998. p.91, 117.
5. Villarruel AM, Jemmott JB, Jemmott LS. A randomized controlled trial testing an HIV prevention intervention for Latino youth. Arch pediatr Adolesc Med. 2006; 160(8): 772-779.
6. Dumas J, Lynch A, Laughlin J, Smith E, Prinz R. Promoting intervention fidelity: conceptual issues, methods and preliminary results from the EARLY ALLIANCE prevention trial. Am J Prev Med. 2001; 20(1): 38-47.
7. Santacroce SJ, Maccarelli LM, Grey M. Intervention fidelity. Nurs Res. 2004; 53(1): 63-66.